



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALINE MAGALHÃES BESSA ANDRADE

**PERCEÇÃO DA PESSOA IDOSA SOBRE O CUIDADO DA ENFERMEIRA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

SALVADOR

2016

ALINE MAGALHÃES BESSA ANDRADE

**PERCEPÇÃO DA PESSOA IDOSA SOBRE O CUIDADO DA ENFERMEIRA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestra, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", na linha de Pesquisa O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Maria de Oliva Menezes

SALVADOR

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

Andrade, Aline Magalhães Bessa

Percepção da pessoa idosa sobre o cuidado da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família / Aline Magalhães Bessa Andrade, ALINE ANDRADE. -- Salvador, 2016. 85 f.

Orientadora: Tânia Maria de Oliva Menezes. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2016.

1. Saúde do Idoso. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Cuidados de Enfermagem. I. Menezes, Tânia Maria de Oliva. II. Título.

CDU: 616.053-9

ALINE MAGALHÃES BESSA ANDRADE

**PERCEPÇÃO DA PESSOA IDOSA SOBRE O CUIDADO DA ENFERMEIRA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestre, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", Linha de Pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano".

Aprovada em 13 de Maio de 2016

BANCA EXAMINADORA

Tânia Maria de O. Menezes

Profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora Associada II da Escola de Enfermagem da UFBA

André Luiz Peixinho

André Luiz Peixinho
Doutor em Educação pela UFBA
Professor Associado II da Faculdade de Medicina da Bahia

Adriana V. S. Freitas

Adriana Valéria da Silva Freitas
Doutora em Saúde Pública pela UFBA
Professora Ajunto III da Escola de Enfermagem UFBA

Larissa Chaves Pedreira
Doutora em Enfermagem pela UFBA
Professora Adjunta III da Escola de Enfermagem UFBA

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a:

Amélia, minha doce mãe, pelo apoio;

Júnior, pelo amor e compreensão;

Guilherme, meu filho amado, por sua luz.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por toda força, cuidado, proteção e otimismo que acrescentava no meu caminhar.

À minha querida orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Tânia Maria de Oliva Menezes, por toda disponibilidade, paciência e aprendizagem que sempre proporcionou à minha vida profissional e pessoal. Muito obrigada pelo apoio, carinho, compreensão, confiança e palavras tão fundamentais e decisivas em cada encontro.

Aos membros da banca de qualificação e defesa da dissertação, Prof. Dr. André Luiz Peixinho, Profa. Dr^ª. Adriana Freitas e Profa. Dr^ª. Larissa Chaves, pela competência, contribuições e disponibilidade.

A todas as pessoas idosas que concordaram em participar desta pesquisa, dispensando um pouco do seu tempo e oferecendo muitos ensinamentos.

Aos meus amados pais, por todo incentivo, apoio, cuidado e conselhos. Obrigada por acreditarem em mim, por abdicarem em suas vidas para atribuírem à minha.

Ao meu amado esposo, Júnior, por todo amor e compreensão. Obrigada por entender minhas dificuldades, minhas ausências, estresses, e por sempre me incentivar a buscar o meu melhor, vindo junto comigo também neste sonho.

Ao meu filho Guilherme, minha razão de viver, meu presente de Deus, que mesmo sem entender o porquê da mamãe ficar utilizando sempre o notebook, me incentivava e não me deixava esmorecer.

Às minha irmã Nane e a minha princesa de coração Aninha. Vocês são minha vida! Que sonho ter vocês nos meus dias!!

Às minhas amigas de colégio, Juh, Juli, Clarinha e Nai pelos momentos compartilhados de descontração e muita confiança.

Às minhas irmãs da graduação Nanda e Mille, por todos os intensos caminhos percorridos naqueles inesquecíveis anos de conhecimento da enfermagem e do ser responsáveis uma pela outra.

As minhas amigas de mestrado, grandes exemplos de mulheres, que admiro muito, Loyane Stenzel, Maíra Costa, Tássia Teles, Erenice Reis e Leidiane Bailon.

A todos os integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI) pelas tardes de aprendizados e reflexões a respeito da pessoa idosa. Foram inúmeras discussões que possibilitaram a construção de um pensar diferenciado sobre essa área, pela diversidade de

estudos nesse ambiente produzido. Como eu aprendi nas apresentações de projetos. Devo muito ao meu grupo NESPI.

Às Professoras do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em especial a Darci Santa Rosa, Tânia Maria Menezes, Cristina Melo, Mirian Paiva, Edméia Coelho, Nadirlene Gomes, por contribuírem de forma significativa no meu processo de construção de pesquisa no mestrado e para a excelência do curso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro durante todo o curso de mestrado.

Aos funcionários do Colegiado de Pós-graduação, especialmente Marcinha e Samuel, pela atenção durante a realização da pesquisa. E meu querido Lázaro, com todo carinho e simplicidade. A entrada da Escola é mais alegre com você meu amigo.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia por ter colaborado para minha formação de pós-graduação.

À minha Universidade Federal do Recôncavo da Bahia responsável pela minha trajetória acadêmica e iniciação na pesquisa e extensão. Às minhas docentes inspiradoras da enfermagem. Muito obrigada.

RESUMO

ANDRADE, Aline Magalhães Bessa. **Percepção da pessoa idosa sobre o cuidado da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família.** 2016. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

A realidade brasileira quanto ao contexto de alteração do perfil demográfico e epidemiológico, influenciada pelas alterações de expectativa de vida, promove a emergência em mudanças no modelo de atendimento nos serviços de saúde. A remodelação da atenção perpassa pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo a modalidade que favorece um cuidado efetivo a população idosa, devido a suas especificidades. A enfermeira da ESF deve estar atenta ao cuidado multidimensional a esta população. Estudo qualitativo, tem como objetivos; Geral: compreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado prestado pela enfermeira na Estratégia de Saúde da Família; Específicos: 1- Identificar as mudanças ocorridas na vida da pessoa idosa; 2- Identificar as orientações ofertadas pela enfermeira à pessoa idosa; 3- Identificar os modos de cuidado da enfermeira à pessoa idosa. Estudo realizado com 21 pessoas idosas, cadastradas em 7 unidades de saúde da família, localizadas em um município da Bahia, Brasil. Foram coletados depoimentos, por meio de entrevista semiestruturada, ocorrida entre novembro de 2015 a março de 2016, cumprindo todas as recomendações da Resolução 466/2012. Os resultados evidenciaram predominância dos depoentes do sexo feminino, com idade variando entre 60 a 94 anos, a maioria era aposentada. Todos apresentavam pelo menos uma doença crônica e tomavam pelo menos um medicamento diariamente para o controle das mesmas. Os depoimentos foram analisados através da técnica Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. , sendo apreendidas 3 categorias: 1.A enfermeira no cuidado a pessoa idosa: ocorrem mudanças? 2. Orientações das enfermeiras às pessoas idosas; 3. Modos da enfermeira cuidar da pessoa idosa. Cada categoria permitiu a formação de subcategorias. Identificaram-se mudanças positivas nas vidas da pessoa idosa frente ao cuidado prestado pela enfermeira, sendo referida melhora nas condições clínicas, como controle da hipertensão, hiperglicemia e satisfação com a atenção holística e o cuidado acolhedor desenvolvido. Houve 04 pessoas que não referiram mudanças. As orientações da enfermeira privilegiaram o controle e tratamento das doenças. As orientações que abordam a promoção da saúde e qualidade de vida foram menos elucidadas. Observou-se elementos fortalecedores do cuidado, como a empatia e escuta qualificada e associação da pessoa idosa quanto ao desempenho competente da enfermeira.

Descritores: Saúde do Idoso; Estratégia Saúde da Família; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

ANDRADE, Aline Magalhães Bessa. **Perception of the elderly on nursing care under the Family Health Strategy**. 2016. 85 f. Dissertation (Nursing Masters). Nursing post-graduate program, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

The Brazilian reality in relation to the context of alteration of the demographic and epidemiological profile, influenced by alterations in life expectancy, promotes the urgency in changes to the model of attention in the health services. The remodeling of the of the attention runs through the Family Health Strategy (FHS), being the modality that favors effective care to the elderly population, due to its specificities. Nurses of the FHS should be attentive to the multidimensional care of this population. A qualitative study with the following objectives: General: understand the perception of the elderly on the care rendered by the nurses under the Family Health Strategy; Specific: 1- Identify changes occurred in the lives of the elderly; 2- Identify the guidance offered by nurses to the elderly; 3- Identify the forms of nursing care to the elderly. A study performed with 21 elderly people, registered in 7 family health units, located in the municipality of Bahia, Brazil. Statements were collected, through semi-structured interviews, which occurred between November 2015 and March 2016, complying with all the recommendations of Resolution 466/2012. The results evidenced predominance of the interviewed parties were of the female gender, with ages varying from 60 to 94 years, mostly retired. All of them presented at least one chronic disease and took at least one medication daily for control. The statements were analyzed using the Thematic Content Analysis technique proposed by Bardin, being seized 3 categories: 1. The nurse in the care the elderly: changes occur? 2. Guidelines nurses for the elderly; 3. Nurse modes take care of the elderly. Each category has allowed the formation of subcategories. Positive changes were identified in the lives of the elderly in view of the care rendered by the nurses, with improvement to clinical conditions, such as control of hypertension, hyperglycemia and satisfaction towards the holistic approach and welcoming nursing care. There were 04 people that did not make reference to changes. The guidelines that address the promotion of health and quality of life were less elucidated. Strengthening elements were observed in the nursing care, such as empathy and qualified listening and that the elderly associate these to the competent performance of nurses.

Descriptor: Health of the elderly; Family Health Strategy; Nursing care.

RESUMEN

ANDRADE, Aline Magalhães Bessa. **Percepción de la persona mayor sobre el cuidado de enfermeras en la Estrategia de Salud de la Familia.** 2016. 85 f. Disertación (Máster en Enfermería). Programa de Post-grado en Enfermería, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

La realidad brasileña en cuanto al contexto de alteración del perfil demográfico y epidemiológico, influenciada por las alteraciones de expectativa de vida, promueve la emergencia de cambios en el modelo de atención en los servicios de salud. La remodelación de la atención pasa por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), siendo la modalidad que favorece un cuidado efectivo a la población anciana, debido a sus especificidades. La enfermera de la ESF debe estar atenta al cuidado multidimensional a esta población. Un estudio cualitativo, teniendo como objetivos: General: comprender la percepción de la persona mayor sobre el cuidado prestado por la enfermera en la Estrategia de Salud de la Familia; Específicos: 1- Identificar los cambios ocurridos en la vida de la persona mayor; 2- Identificar las orientaciones ofertadas por la enfermera a la persona mayor; 3- Identificar los modos de cuidado de la enfermera a la persona mayor; Estudio realizado con 21 personas mayores, registradas en 7 unidades de salud de la familia., localizadas en una municipalidad de Bahia, Brasil. Fueron colectados testimonios, por medio de entrevistas semiestructuradas, ocurrido entre noviembre de 2015 a marzo de 2016, cumpliendo todas las recomendaciones de la Resolución 466/2012. Los resultados evidenciaron predominancia de los deponentes del sexo femenino, con edad variando entre 60 a 94 años, la gran parte jubilados. Todos presentaban al menos una enfermedad crónica y tomaban al menos un medicamento diariamente para el control de las mismas. Los testimonios fueron analizados a través de la técnica de Análisis de Contenido Temático, propuesto por Bardin, arrestado 3 categorías: 1. La enfermera en el cuidado de los ancianos: se producen cambios? 2. Pautas de enfermeras para los ancianos; 3. Modos de la enfermera cuidan de los ancianos. Cada categoría ha permitido la formación de subcategorías. Fueron identificados cambios positivos en las vidas de las personas mayores frente al cuidado prestado por la enfermera, siendo referida mejora en las condiciones clínicas, como control de la hipertensión, hiperglicemia y satisfacción con la atención holística y el cuidado acogedor ofrecido. Hubo 04 personas que no hicieron referencia a cambios. Las orientaciones de la enfermera privilegiaron el control y tratamiento de las enfermedades. Las directrices que se ocupan de la promoción de la salud y la calidad de vida fueron menos dilucidado. Se observó elementos fortalecedores del cuidado, como la empatía y escucha calificada y la asociación de la persona mayor cuanto al desempeño competente de la enfermera.

Descriptores: Salud de las personas mayores; Estrategia Salud de la Familia; Cuidados de Enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO	16
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	18
2.3 A ENFERMEIRA E O CUIDAR/CUIDADO A PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	21
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	24
3.1. TIPO DE PESQUISA	24
3.2. LÓCUS DO ESTUDO	24
3.3. COLABORADORES DO ESTUDO	25
3.4. ASPECTOS ÉTICOS	26
3.5. COLETA DE DEPOIMENTOS	28
3.6. ANÁLISE DE DEPOIMENTOS	28
4 RESULTADOS	30
4.1 A ENFERMEIRA NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OCORREM MUDANÇAS?	35
4.2 ORIENTAÇÕES DAS ENFERMEIRAS ÀS PESSOAS IDOSAS	44
4.3 MODOS DIFERENCIADOS DA ENFERMEIRA CUIDAR DA PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE	80
ANEXO	85

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e no Brasil. Dados do último censo realizado em 2013 revelam que os idosos brasileiros representam 26,1 milhões, correspondendo a 13% da população total. Associado a essa mudança no perfil populacional, a expectativa de vida projetada para 2016 foi de 72,18 anos para ambos os sexos. Esse fato repercute, inclusive, na transição epidemiológica, com um maior acometimento da população por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), perfazendo 77,4% de idosos que declararam possuir alguma DCNT (IBGE, 2016, 2014a; 2013).

Mediante a alteração na pirâmide etária, destaca-se o perfil de morbidade da população idosa, caracterizada por utilização dos serviços de saúde com maior frequência, taxas de hospitalização elevadas e necessidade periódica de avaliação e assistência especializada (DUCA et al., 2010), levando ao aumento das demandas sociais e econômicas de um país em desenvolvimento como o Brasil (OMS, 2005).

A desestruturação da rede de saúde na conjuntura do envelhecimento populacional na década de 90 esteve associada ao aumento dos gastos nos serviços oferecidos (HUENCHUAN; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010). Nessa perspectiva, encontros mundiais sobre o envelhecimento fortaleceu discussões sobre a necessidade de formulação de políticas e qualidade da atenção à pessoa idosa, por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, a exemplo da Assembleia Mundial para o Envelhecimento ocorrido em 2002 (BRASIL, 2010).

Em 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI) foi regulamentada. Posteriormente em 1999, já no contexto da saúde foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e a partir das atualizações propostas em 2006, a política vigente passou a chamar-se de Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Apresenta-se com objetivos de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, essas políticas necessitam de um cenário para a efetivação de cuidados à saúde da pessoa idosa e de acesso a uma assistência em quantidade e qualidade adequadas (VERAS, 2009). Portanto, para o processo de envelhecimento populacional, mediante as suas demandas crônicas, é imprescindível a ênfase na Atenção Básica (AB), a fim de possibilitar a otimização de sua estrutura e garantia de ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT, bem como acometimento por outras vulnerabilidades na capacidade funcional da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Ainda, Brasil (2006) apresenta que a PNSPI define que a atenção à saúde da pessoa idosa tem como porta de entrada a Estratégia Saúde da Família (ESF), modalidade privilegiada da AB, local privilegiado de atenção às suas demandas. Assim, o papel da enfermeira¹ que trabalha com essa realidade deve ser o de atuar a partir da compreensão dos fatores que influenciam o funcionamento da saúde da família, entre estes, a cultura, classe social e a própria família, e ainda, possuir conhecimentos sobre geriatria e gerontologia, que permitam uma assistência direcionada a essa população.

Diante do contexto da ESF, estudos evidenciaram três modalidades de cuidado prestado pela enfermeira à pessoa idosa, a saber: o cuidado individual, o cuidado coletivo e o cuidado no domicílio. Sobre o cuidado individual, a maioria das enfermeiras entrevistadas indicou a centralização deste na doença e distanciamento da promoção da saúde (OLIVEIRA; MENEZES, 2014; PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Essa prática limita o processo de efetivação do conhecimento sobre o cuidado a pessoa idosa e também para o campo da enfermagem.

Sob a perspectiva da pessoa idosa, estudo destacou que a comunicação assertiva estabelecida entre esta e a equipe de saúde da família contribui favoravelmente para a adesão ao atendimento e controle de sua saúde. Os aspectos negativos da comunicação não trouxeram consequências totalmente prejudiciais à pessoa idosa, entretanto, devem ser evitados, para facilitar o cuidado integral (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

Outro estudo evidenciou aspectos positivos e negativos acerca do atendimento na ESF, nas quais a pessoa idosa indicou satisfação quanto ao atendimento que recebem, no entanto, demonstrou-se descontentamento com as horas de espera para o atendimento e pela fragilidade da rede nos cuidados complexos em saúde, característica que inviabiliza a efetivação da integralidade da atenção (VELLO et al, 2014).

Diante desse contexto, o meu interesse surgiu durante a minha trajetória acadêmica, inicialmente com a participação em um projeto de extensão sobre o uso racional de medicamentos por idosos na AB em Santo Antônio de Jesus, Bahia, bem como pela vivência na USF em estágio curricular. Nessas observações, percebi que existem dificuldades para o atendimento à pessoa idosa frente às suas demandas específicas, principalmente no âmbito da consulta de enfermagem na ESF.

Nas consultas do Programa Hiperdia, destinadas ao tratamento e controle da

¹ Optou-se por utilizar a palavra enfermeira pelo fato da profissão ser tradicionalmente constituída por mulheres.

hipertensão e diabetes é frequente o número elevado de pessoas idosas. Percebi que são agendados um grande número de pessoas em um mesmo turno de consulta, implicando em um reduzido tempo a ser dispensado a cada usuário. Ainda, observei que é incipiente os cuidados direcionados às pessoas idosas, pois, quando estas foram atendidas nas consultas pela enfermeira, não foram utilizados os instrumentos e as orientações que estão na PNSPI e no Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Enquanto estagiária, vivenciei como é complexo esse cuidado e quão importante é a efetivação do mesmo.

A fim de identificar o estado da arte acerca desta temática, realizei um levantamento na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), no período compreendido entre 2010 a 2014, utilizando os descritores: idoso e cuidados de enfermagem, idoso e estratégia de saúde da família. Buscou-se por artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e foram excluídas teses e dissertações, relato de experiência, artigos de revisão, de reflexão, repetidos ou que não contemplasse a temática.

Os descritores idoso AND cuidados de enfermagem resultaram em 169 artigos na LILACS e 464 na MEDLINE. Destas 633 produções, foram incluídas apenas 21 sob a perspectiva da pessoa idosa com enfoque na AB/ ESF, em que foram abordadas aspectos relacionados a saúde, doenças prevalentes da pessoa idosa, tratamentos farmacológicos, dependência em domicílio, perfil de atendimento e satisfação, comunicação com os profissionais, apoio social, autocuidado, sexualidade e contexto ambiental desfavorável.

A utilização dos descritores idoso AND estratégia saúde da família resultou em 94 artigos na LILACS e 113 na MEDLINE, em que destas 207 produções, 9 compunha os critérios de inclusão. As temáticas abordaram sobre: percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde, atendimento prestado, rede de suporte social, interação entre a velhice e os processos saúde-doença e incapacidades, assistência domiciliar, assistência da equipe da Estratégia de Saúde da Família, práticas de cuidado à saúde e em situação de adoecimento.

Destarte, apesar da produção nesta temática ser considerada recorrente, observou-se que a emergência de diversos objetos de estudo sobre a percepção da pessoa idosa prevaleceu com ênfase na doença, mesmo na abordagem da ESF, não sendo identificado nenhum estudo que aborde o cuidado da enfermeira sob a perspectiva da pessoa idosa. No entanto, alguns estudos revelam como a enfermeira vivencia o cuidado a essa população na ESF.

Diante do exposto, formulou-se a seguinte questão norteadora: Como a pessoa idosa percebe o cuidado da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família? O objetivo desse estudo é: Compreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado prestado pela enfermeira na Estratégia de Saúde da Família.

Diante desse contexto, o desenvolvimento desta pesquisa sobre a percepção da pessoa idosa acerca do cuidado prestado pela enfermeira da ESF é necessário. Almejo que os resultados desta dissertação de mestrado subsidiem novos conhecimentos para a prática de cuidados das enfermeiras da ESF e que essas possam fazer reflexões sobre o cuidado prestado sob a percepção de quem é cuidado. Considero ainda que este estudo contribuirá com o ensino sobre o cuidado da enfermeira a pessoa idosa e com pesquisas futuras.

Através desse estudo, foi possível diminuir a lacuna sobre o cuidado prestado pela enfermeira e como essas pessoas sentem-se cuidadas, a fim de obter o desenvolvimento de estratégias, por parte das enfermeiras, para colaborar com a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa e fortalecimento da ESF, com ênfase nas práticas das enfermeiras.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, considerado como uma conquista triunfante e resultante da melhoria dos níveis de saúde mundial e que por sua vez, ocorreu e ocorre de maneira diversificada entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (DARDER; CARVALHO, 2012). Nesses primeiros países, o aumento do número de pessoas idosas ocorreu de maneira paulatina e com operacionalização de melhorias nas condições gerais de vida da população (BRASIL, 2006).

Alguns países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, alcançaram índices de desenvolvimento sociais e demográficos de primeiro mundo, embora com sistemas e instituições concernentes ao contexto passado, acarretando inconformidades no cumprimento das políticas sociais, particularmente na área da saúde (VERAS, 2012).

Dados do relatório do Banco Mundial (2011) destacam as diferenças populacionais acerca do perfil etário frente à transposição do tempo de sua ocorrência entre a França e o Brasil. O primeiro país necessitou de um século para a mudança de 7% para 14% correspondente a população idosa, enquanto que no Brasil, essa mesma porcentagem será estabelecida em apenas três décadas, entre 2011 a 2031, conforme estimativas anunciadas.

Na atualidade, a população acima de 60 anos é de 650 milhões e estima-se que em 2050, esse número alcançará 2000 milhões, destes, cerca de 80% são de pessoas idosas que vivem em países em desenvolvimento (DARDER; CARVALHO, 2012). A pirâmide etária mundial e brasileira vem apresentando-se com alterações de estreitamento em bases e alargamento em ápice, formato característico de uma sociedade com aumento da população idosa.

Considerando esses percentuais, o Brasil é um país estruturalmente envelhecido segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pois, o número de pessoas idosas ultrapassou 7% da população total. Dessa forma, de acordo os resultados do último censo demográfico, a população idosa representa 13% da população total do Brasil (IBGE, 2014).

Na Região Nordeste, a evolução do número de pessoas idosas passou de 5,8% no ano de 2000 para 7,2% em 2010. A Bahia comporta o maior número de pessoas idosas dessa região, correspondendo a 9,9% da sua população. Destaca-se no estado uma expressiva

população longeva (idade superior a 80 anos) correspondendo a 16% da população idosa e 1,7% da população geral (IBGE, 2010).

Outro aspecto que se apresenta na população brasileira é a “feminilização” do envelhecimento, acompanhando à tendência mundial. Esse é um fenômeno comum em países que se encontram em estágio avançado de transição demográfica, revelando um maior número de mulheres do que homens, quanto mais aproximam-se da longevidade (BANCO MUNDIAL, 2011). Corroborando, Oliveira-Campos, Cerqueira e Rodrigues Neto (2011) indicam que os óbitos masculinos são mais frequentes em quase todos os grupos etários, resultando em um maior contingente de mulheres.

Diante do contexto diferenciado do envelhecimento e considerando as questões de gênero, a mulher idosa apresenta uma melhor adaptação às perdas físicas, emocionais e sociais ocorridas na velhice, e estão mais próximas de práticas mais saudáveis e de autocuidado, que contribuem para um envelhecimento com mais Qualidade de Vida (QV) (FIGUEIREDO et al., 2007).

Associado a transição demográfica, a transição epidemiológica acomete mais frequentemente a população com DCNT, perfazendo 77,4% de idosos (IBGE, 2011a), e estas associam-se à incapacidade, dependência e perda de autonomia (NASCIMENTO et al., 2011; OLIVEIRA-CAMPOS; CERQUEIRA; RODRIGUES NETO, 2011).

Narsi (2008), ainda sobre o perfil das DCNT na pessoa idosa refere que estas acabam por alterar o paradigma a ser vivenciado, alterando morte/cura das doenças infectocontagiosas, para de compensação/não compensação. O modelo de não compensação das DCNT ocasiona maior dependência dos cuidados especializados, responsáveis pela dependência e por onerar do sistema de saúde.

O incremento das DCNT à vida da pessoa idosa exige adequações das políticas sociais, particularmente àquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011). Nesse contexto, há urgência para concretização de ações que promovam a funcionalidade global do indivíduo envelhecido (MORAES, 2009), e ainda, que as instituições de ensino acompanhem a evolução das modificações das demandas da população idosa (VELLO, 2014), de modo que os profissionais ofereçam assistência direcionada à essas necessidades.

Estudo recente evidenciou as mudanças ocorridas no uso dos serviços de saúde, com a redução de internações por causas evitáveis em função da cobertura da ESF, na qual essa associação foi mais evidente nas faixas etárias de 60 a 79 anos, em relação aos adultos mais

jovens, considerando os ajustamentos por condições socioeconômicas, indicadores ambientais e indicadores de mortalidade (MACINKO et al, 2011).

A melhoria das condições de saúde da população idosa no Brasil perpassa pelo atendimento das necessidades de saúde para além das ações de prevenção e controle das DCNT. A essa população deve-se associar a saúde física, mental e suporte social às estratégias no contexto da AB, que priorizem a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a manutenção da autonomia e da capacidade funcional e a valorização das redes de suporte social (LIMA-COSTA, 2011).

Portanto, as mudanças demográfica e epidemiológica desencadeiam a necessidade político-econômica de atendimento ao paradigma da saúde. Para esse modelo é essencial o enfrentamento coletivo e cotidiano das equipes interdisciplinares da ESF, para implementação da integralidade nos micro processos de trabalho em saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

Deve-se fortalecer a abordagem de manutenção de vida saudável, o adiamento ou afastamento do surgimento de doenças e prevenção de incapacidades que podem atingir a pessoa idosa (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010). No entanto, mesmo que a maioria da população idosa possua doenças, não se pode generalizar que toda pessoa idosa apresente-as ou que tenham alteração na capacidade funcional, portanto, deve-se atentar para suas especificidades enquanto pessoa única, com experiências de vida singulares e que exigem atenção dos profissionais, para adequada atenção nos serviços de saúde.

2.2. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COM ÊNFASE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Atenção Básica à Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) e ABS² iniciou sua visibilidade política no Brasil a partir da VII Conferência Nacional de Saúde em 1980, decorrentes das discussões propostas

² Optou-se pela utilização dos termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde de acordo com os autores referenciados. A PNAB nas atuais concepções estabelece os termos ABS e APS como termos equivalentes.

na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata (BRASIL, 2001). Entretanto, por limitações na implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e das Ações Integradas de Saúde, a ABS não foi enfatizada na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (PAIM, 2002), apesar da importância desta no avanço proporcionado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, um marco histórico na saúde pública do Brasil.

A partir das demandas emergentes de articulação das redes de cuidados foram retomadas as discussões políticas acerca da APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, no qual se buscava aperfeiçoar a assistência à saúde e a organização da AB em consonância com os princípios do SUS. Em meados dessa mesma década, o PACS foi incluído ao PSF (CONILL, 2008).

A implantação do PSF enquanto política pública, em meio às análises das conquistas alcançadas, mesmo diante das dificuldades loco-regionais e de financiamento foi considerada uma estratégia possível para reorientação da ABS e constituiu o modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2001).

A implantação da ESF, a partir da reformulação do modelo do PSF evidenciou a relevância para a atenção em saúde, considerando a necessidade de horizontalidade, intersetorialidade, educação permanente, monitoramento, avaliação e estímulo à participação popular, objetivando melhorar as condições de vida e saúde da comunidade e núcleo familiar (COSTA et al., 2009).

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi atualizada e divulgada a partir da Portaria número 2488, de 21 de outubro de 2011, em que se evidenciou as modalidades da ABS e reafirmou a ESF como modalidade prioritária para organização das redes de atenção a saúde (BRASIL, 2011; COSTA et al, 2009).

A ESF consiste em um espaço privilegiado para a atenção integral a pessoa idosa em processo de envelhecimento e as especificidades desta fase da vida, que seguramente exige uma modificação no perfil do cuidado prestado à pessoa idosa com doenças crônicas ou agravos agudos, e mesmo na atenção à promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como a associação de uma construção de intervenções contínuas, integrais e de coresponsabilização entre os profissionais e usuários da AB (MENDES, 2010; OPAS, 2008).

Portanto, os profissionais que atuam na ESF necessitam considerar a importância da manutenção da pessoa idosa em seu contexto familiar e em seu cotidiano na comunidade

como fatores fundamentais para a manutenção da QV e estabelecimento da atenção integral à saúde (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011). Além disso, devem estar preparados para abordar o envelhecimento, rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecer uma relação de aproximação/vínculo com a pessoa idosa, a partir do reconhecimento da sua experiência e sabedoria (VELLO, 2014).

Atualmente, mesmo diante de todos os investimentos, a ESF atualmente não apresenta um programa específico que considere as alterações características do processo de envelhecimento, além de existir muitos profissionais atuantes sem qualificação e/ou que apresentam déficits na formação acadêmica (OLIVEIRA; TAVARES, 2010; ALMEIDA; CIOSAK, 2013), fazendo com que, muitas vezes, a atenção à saúde da pessoa idosa não seja realizada a partir da avaliação global preconizada.

Apesar dos avanços legais para a contemplação dos direitos da pessoa idosa, observa-se uma incipiente efetivação prática. Estudo de avaliação da qualidade da AB em Macaíba (município metropolitano de Natal) realizado exclusivamente com idosos, por meio de aplicação do instrumento de relevância internacionalmente reconhecido (PCATool – Brasil), obteve-se a longitudinalidade como o atributo melhor avaliado, entretanto, a integralidade, a orientação familiar e a acessibilidade foram consideradas modalidades frágeis na perspectiva da pessoa idosa (ARAÚJO et al., 2014).

A reformulação da PNSI ocorrida em 2006, atualizando-a em PNSPI tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde. A PNSPI contribui para o fortalecimento da PNAB, através das medidas preventivas, promoção da saúde e o atendimento multidisciplinar, com estabelecimento de uma abordagem global, prevenção de incapacidades e preservação da autonomia da pessoa idosa (BRASIL, 2011), entretanto, é necessário empenho físico, técnico e financeiro, para a sua aplicabilidade prática.

Desse modo, a partir desses marcos histórico e político e as conquistas sociais e de saúde da pessoa idosa, deve-se tentar fomentar discussões sobre a efetividade prática desses documentos legais, considerando a dinâmica das redes de atenção à pessoa idosa, com ênfase na ABS/APS, modelo de atenção evidenciado por diversos estudos como o mais resolutivo e integral (VIEGAS; PENNA, 2013; FRACOLLI et al., 2011). Portanto, a ESF fornece grandes contributos diretos nos indicadores de saúde e QV da população em processo de envelhecimento. Além disso, contribui para otimização dos serviços de saúde (ALBERTI, 2014).

2.3 O CUIDADO A PESSOA IDOSA PRESTADO PELA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O cuidado pode ser definido pela utilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades individuais, em diferentes contextos de vida, objetivando o bem estar, segurança e autonomia (CECÍLIO, 2011). O cuidado é entendido como um modo de ser, sem o qual deixa-se de ser humano (HEIDEGGER, 2001). A efetivação do cuidado deve ser constituída por um conhecimento próprio, de disponibilidade e respeito aos valores e princípios morais (WALDOW; BORGES, 2011).

Os mecanismos de cuidar de outro ser humano envolvem uma abordagem humanística. Estabelecem-se neste contexto, uma outra conotação além do "existencial" no cuidado, que é o "relacional", em que é necessário, o eu com o outro e para o outro, correspondendo o interesse pelo outro (WALDOW; BORGES, 2011). O cuidado, portanto, engloba comportamentos e atitudes que são influenciadas pelas condições em que ocorre e com o tipo de relacionamento estabelecido. Desse modo, existem intensidades e tipos diferentes de cuidar (WALDOW, 2007).

A ESF, enquanto modelo de atenção à saúde é constituída por ações que efetivamente colaboram com a continuidade da vida em duas diversificadas abordagens: na primeira, a partir de intervenções com abordagens transpessoais de cuidar-curar para alívio de sintomas e sofrimentos, sob a ocorrência de doenças agudas ou crônicas. A segunda, associa-se às intervenções de cuidado primário à saúde, a partir de promoção do cuidado holístico, promoção de saúde e QV (WATSON, 2002).

A PNAB atribui a enfermeira, especificamente na promoção da saúde da pessoa idosa, a competência de realizar: a) atenção integral às pessoas idosas; b) assistência domiciliar; c) consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e utilização de instrumentos complementares; se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observando as disposições legais da profissão; d) Supervisionar e coordenar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e da equipe de enfermagem; e) Atividades de educação permanente e interdisciplinar; f) Orientar a pessoa idosa, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos e alternativas de cuidado (BRASIL, 2011).

Estudo realizado com enfermeiras da ESF sobre a consulta de enfermagem com a pessoa idosa evidenciou conformações diversificadas. Obteve-se um direcionamento

privilegiado da consulta centrada na doença e em programas de controle de hipertensão e de diabetes. Em outra perspectiva, em menor evidencia, a consulta centrada na pessoa idosa, cujo atendimento é realizado para acompanhar e cuidar, independentemente de ter um problema de saúde (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Esses achados indicam que algumas enfermeiras se distanciam das práticas de promoção da saúde e diretrizes da PNSPI, e que há necessidade da superação do modelo biomédico centrado nas queixas/patologias das pessoas idosas na USF.

Em outro estudo, o cotidiano da enfermeira é permeado por recorrentes dificuldades acerca do cuidado da pessoa idosa na ESF. Essas profissionais evidenciaram que são pouco capacitadas e por falta de conhecimento não atuam conforme as especificidades do envelhecimento, e, portanto, não há intencionalidade em suas ações e estruturação das experiências vividas pela consciência, não há um dirigir-se ao cuidado do ser-idoso. As ações que possuem a presença da pessoa idosa apresentaram, na maioria das vezes, um caráter associado a doenças, e por isso, essas ações não aproximam ao cuidado desse ser em sua totalidade (OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

Percebe-se que há uma fragilidade na operacionalização da PNSPI, no sentido de capacitar profissionalmente a enfermeira para a abordagem integral a pessoa idosa e, também, um incipiente interesse pessoal das enfermeiras em suprir suas dificuldades com os instrumentos disponíveis para o cuidado a pessoa idosa na Unidade de Saúde da Família (USF). Dessa maneira, a enfermeira da USF deve buscar ser corresponsável no cuidado da pessoa idosa e estimular seu autocuidado, independentemente do grau de aproximação existente. Nesse contexto, a efetivação, a preservação e o estímulo devem compor as ações de cuidado à pessoa idosa (SOUSA et al., 2008).

Estudo em três municípios brasileiros destacou que as equipes de saúde da família possuíam fragilidades nos conhecimentos sobre o envelhecimento e as alterações específicas para oportuna atuação frente às necessidades reais e potenciais dessa população idosa (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). O cotidiano da enfermeira centrado predominantemente na aplicação de protocolos prejudica a aproximação com a pessoa idosa e suas necessidades (ROCHA et al., 2011; CAMARGO; CARO, 2009; PEREIRA; COSTA, 2007).

Contudo, a enfermeira da ESF, pela própria conjuntura longitudinal com os usuários, participa de suas experiências de vida, o que favorece uma assistência humanizada (WALDOW; FENSTERSEIFER, 2011). O estabelecimento de vínculos e laços afetivos é especialmente concretizado com a pessoa idosa pela carência em que muitas vezes se

encontram (WALDOW, 2005), bem como por maior frequência em atendimentos na USF, quando comparado com os outros grupos etários.

As ações do cuidado a pessoa idosa devem ser permeadas pela compreensão das alterações específicas do envelhecimento e ênfase na intersubjetividade, exigindo habilidades profissionais para o atendimento das demandas e considerando, também, a experiência de vida acumulada (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

Considerando as responsabilidades complexas da enfermeira da ESF, a mesma deve fomentar esforços conjuntamente com a equipe de saúde da família, para a construção de uma prática que apoie as especificidades da população idosa nas diversas modalidades de cuidado, por meio de solicitação aos gestores para a realização de capacitações sobre a temática, compreendendo que essas atualizações sobre esse grupo etário não são realizados, ou estão em pouca frequência (OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

Diante disso, a enfermeira da ESF vivencia dificuldades da atuação preconizada à pessoa idosa por conta dos déficits na graduação, capacitações profissionais (OLIVEIRA; MENEZES, 2014) e falta de recursos materiais (ROCHA et al., 2011). Conforme a existência da lacuna no cuidado à pessoa idosa, a enfermeira deve rever sua prática e utilizar os instrumentos disponíveis que podem torná-la mais próxima a esse conhecimento. É necessário que as concepções acerca do cuidado e da promoção da saúde estejam presentes na atuação da enfermeira da ESF.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo exploratório tem como finalidade explorar as dimensões dos fenômenos, a forma como que eles se manifestam, bem como os fatores com os quais eles se relacionam (POLIT; BECK; 2011).

A abordagem qualitativa apresenta-se adequada ao estudo, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Desse modo, essa abordagem possibilita compreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado prestado pela enfermeira da ESF. De acordo com Minayo (2010), a abordagem qualitativa permite a aproximação com as crenças, valores e subjetividade e, portanto, maior possibilidade de interpretação das particularidades, através das entrevistas a serem desenvolvidas.

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no âmbito de USF, da zona urbana do município Santo Antônio de Jesus-BA, após encaminhamento de ofício para liberação do campo (APÊNDICE A) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Este município é sede da Macrorregião Leste, composta por 23 municípios (BAHIA, 2014).

A escolha do município foi motivada por ter cursado o curso de enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia situada neste município, o que fortaleceu a vontade em investigar o objeto de pesquisa, que considero relevante para a saúde da população santoantoniense e, em particular, à população idosa.

O município Santo Antônio de Jesus situa-se no recôncavo baiano, às margens da BR 190 km de distância de Salvador. Possui 261 mil km² de extensão territorial e 101548 habitantes, com densidade demográfica de 388,55 hab/km² (IBGE, 2015).

A população idosa em Santo Antônio de Jesus no ano de 2015 é de 9.677 habitantes com 60 anos ou mais, o que corresponde a 10,49% da população. Esse percentual revela uma aproximação com as médias nacionais (IBGE, 2015).

Ainda sobre o perfil etário, a população idosa do município apresenta características semelhantes das encontradas nos estudos quanto à “feminização da velhice”. Em 2010 apresentou cerca de 1570 mulheres idosas a mais, quando comparadas aos números de homens (IBGE, 2011).

No tocante ao sistema de saúde, o município possui uma maternidade e um hospital regional, que disponibiliza atendimentos de média e alta complexidade e uma Policlínica Municipal, além de dois hospitais privados e diversas clínicas privadas, as quais oferecem serviços especializados.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (2014) existem 26.762 famílias cadastradas na ESF no município, que representam 89.851 pessoas cadastradas, destas, 5.058 são de mulheres idosas e 3.413 de homens idosos. Dados atualizados em outubro de 2014 neste sistema revela um acréscimo de 330 de pessoas idosas, quando comparado aos dados censitários mais atuais do município. Neste ano, até o mês de outubro foram realizadas 14.252 consultas de pessoas idosas na ESF, e especificamente no mês de outubro foram realizadas 1.325 consultas com essa população.

Concernente à AB, o município está em Gestão Plena desde 2003 e possui 23 Unidades de Saúde, destas, 2 são unidades básicas de saúde e 21 são USF; sendo que 17 USF estão localizadas na zona urbana, possuindo uma divisão territorial sanitária denominada distritos. As USF foram agrupadas em quatro distritos, a partir do perfil sócio demográfico de cada porção territorial (CNES, 2014).

Dentre os distritos sanitários existentes, optou-se pelo distrito 3, da zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus, justificadas pelas facilidades de acesso, menor periculosidade e aproximação durante as práticas na graduação. O distrito 3 é composto por sete USF, a saber: 1. USF Fernando Queiroz I; 2. USF Fernando Queiroz II; 3. USF Bela Vista; 4. USF Marita Amâncio; 5. USF Urbis I/Calabar; 6. USF Urbis II e 7. Viriato Lobo.

3.3 COLABORADORES DO ESTUDO

A população de investigação foi constituída por 21 pessoas idosas cadastradas em 07 USF do distrito 3, da cidade de Santo Antônio de Jesus. Foram entrevistadas três pessoas idosas de cada USF. Para seleção dos participantes do estudo foram utilizados como critérios de inclusão: 1. Pessoa idosa cadastrada na USF há pelo menos dois anos; 2. Ter comparecido no mínimo a três consultas de enfermagem em um intervalo de um ano; 3. Apresentar capacidade cognitiva/ compreensiva para estabelecer a comunicação verbal. Os critérios 1 e 2

foram escolhidos por compreender que os colaboradores do estudo poderão ter uma maior apropriação para expressar suas respostas por ter um maior tempo de convivência com a enfermeira.

Antes de iniciar as entrevistas foram realizadas ações educativas em todas as USF, sendo duas em cada USF, totalizando 14 ações educativas, sobre temas variados: diabetes, hipertensão, importância da atividade física, alimentação saudável. Esses momentos tornaram-se enriquecedores, visto que se apresentaram como facilitadores para a aproximação da pesquisadora com as pessoas idosas, bem como com a equipe de saúde da família.

A partir dessas intervenções, 13 entrevistas ocorreram no domicílio e 08 entrevistas na USF. A opção pela realização das entrevistas no domicílio ocorreu devido a necessidade de um espaço mais acolhedor para a sua realização. Essa mudança do ambiente da entrevista não foi empecilho para a realização das mesmas, visto que os encontros foram previamente agendados.

A alocação dos colaboradores deu-se por conveniência, a partir do contato com a pessoa idosa na USF, independentemente do motivo para a sua ida ao serviço, desde que atendessem aos critérios de inclusão. As idas da pesquisadora ao serviço foram previamente planejadas, conforme a escala de atendimento ao público de interesse, focando-se nos atendimentos de preventivo e HIPERDIA preferencialmente, devido a maior quantidade de pessoas idosas nesses dias.

O quantitativo dos participantes foi estabelecido após a saturação dos depoimentos. Ao final de 14 entrevistas observou-se que os colaboradores apresentavam elementos novos nos depoimentos, o que levou a realização de mais uma entrevista em cada USF, totalizando 21 colaboradores. Essa conduta apoiou-se na afirmação de Minayo (2010), em que “a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer” e pode servir de critério para a amostragem ideal.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma investigação com seres humanos, foram respeitados os princípios éticos preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde para a realização de pesquisas em saúde (BRASIL, 2012). Dentre os princípios: 1. Autonomia refere-se a capacidade em tomar uma decisão por si mesmo, baseada nas informações disponíveis; 2. Não maleficência constitui-se no dever em não causar intencionalmente o mal ou danos ao outro; 3. Beneficência é o ato, hábito ou virtude de fazer o bem; 4. Justiça está associada com a

equidade na disposição de reconhecer o direito de cada pessoa na tentativa de igualar as oportunidades (FERREIRA, 2010).

Dessa forma, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com número de parecer 1.182.034 (ANEXO 1).

Os colaboradores do estudo foram convidados a participar da pesquisa, informados sobre a natureza do trabalho a ser desenvolvido, especificando os objetivos, a relevância do mesmo, métodos, benefícios previstos, possíveis riscos e incômodos, e ainda, a isenção de custos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi assegurado aos participantes o anonimato, a privacidade e a confidencialidade, condições imprescindíveis para realização de todas as entrevistas, sendo garantido o sigilo total de suas identidades.

Embora não ofereça riscos físicos aos participantes, a pesquisa pode provocar desconfortos na expressão das respostas, considerando que as mesmas podem exigir descrições das vivências da pessoa idosa com a enfermeira. Entretanto, nenhuma entrevista foi suspensa por desconforto. Diante dessas características, o estudo assegura que não houve qualquer prejuízo para a assistência na USF ou serviço de saúde do SUS para a pessoa idosa que participou e entendeu suas vivências com aspectos negativos ao contexto pesquisado.

Por fim, os colaboradores do estudo que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TCLE em duas vias, sendo que uma ficou em posse do (a) entrevistado (a) e a última em posse da pesquisadora, a qual será arquivada na sala do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI), por um período de 5 anos, juntamente com a transcrição das entrevistas. Transcorrido esse prazo serão incinerados. Os depoimentos foram gravados em CD rom e transcritos após as entrevistas e também foram arquivadas na sala do NESPI.

Os resultados serão divulgados em eventos científicos e através da publicação de artigos, considerando o anonimato dos colaboradores. Esta pesquisa pretende alcançar a visibilidade da consulta de enfermagem realizada nas USF e a vinculação desta ao cuidado à pessoa idosa, e assim, contribuir para melhorias no seu cuidado.

Nesse sentido, através desse estudo, almeja-se diminuir a lacuna entre o cuidado prestado e como essas pessoas se percebem cuidadas, a fim de obter o desenvolvimento de estratégias, por parte das enfermeiras, para colaborar com a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na consulta de enfermagem, além do fortalecimento da ESF, com ênfase nas práticas das enfermeiras.

3.5 COLETA DE DEPOIMENTOS

Para o alcance do objetivo proposto pelo estudo optou-se utilizar fontes primárias de informação por meio de entrevista, que favorece a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano que se deseja conhecer, assim como possibilita captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase das respostas (GIL, 2008).

A entrevista utilizou um instrumento semi-estruturado (APÊNDICE C), que pode ser compreendida, segundo Minayo (2010), como um procedimento que combina perguntas fechadas e abertas e que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema com liberdade em expressar-se.

O instrumento subdividiu-se em duas partes: a primeira parte consta de informações relacionadas aos dados sócios demográficos, e a segunda parte, questões que nortearão o estudo. A realização das entrevistas ocorreu em uma sala reservada na USF ou no domicílio da pessoa idosa, em dia e horário previamente agendados.

3.6. ANÁLISE DE DEPOIMENTOS

As entrevistas foram analisadas baseando-se na técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. Assim, a análise de conteúdo pode se entendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p 42).

Para análise dos depoimentos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, em que a base central é o tema, compreendido como a unidade de significação, que se evidencia naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 2011).

As fases da análise de conteúdo organizam-se em três momentos, a saber: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase de organização, em que acontece a leitura flutuante, a escolha dos documentos que serão submetidos à análise. Na segunda fase, ocorre a aplicação sistemática das decisões tomadas durante a pré-análise, através de codificações, decomposição ou

enumeração. A última fase, de tratamento e interpretação dos resultados busca-se a sua disposição resultados fiéis e confiáveis, que resultem na proposição de inferências e interpretações, conforme o objetivo do estudo (BARDIN, 2011).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esse capítulo apresenta inicialmente a caracterização das pessoas idosas e no segundo momento, as categorias e as suas subcategorias que emergiram através da entrevista realizada.

Foram entrevistados 21 pessoas idosas cadastradas na ESF do distrito 3 do município de Santo Antônio de Jesus, em que, na sua maioria eram do sexo feminino e apenas 03 eram do sexo masculino. Esses achados corroboram com outros estudos que demonstram o maior quantitativo de mulheres acima de 60 anos de idade (MORSCH et al , 2015).

Os colaboradores do estudo foram caracterizados da seguinte maneira:

I1: Sexo feminino, 60 anos, renda familiar até 800 reais, provedora familiar, cursou o ensino superior de assistência social, sem exercer a profissão. É líder comunitária, viúva, reside sozinha, possui 04 filhos. Diagnóstico de DM e ICC. Faz uso de digoxina, glibenclamida e metformina. Frequenta a USF há 10 anos, comparece a 7 consultas de enfermagem por ano e frequenta a USF sozinha, ou, acompanhada pela filha.

I2: Sexo feminino, 65 anos, renda familiar acima de 1500 reais, aposentada, provedora familiar. Cursou o ensino médio, professora, casada, reside com marido e 1 filho, possui 02 filhos. Possui diagnóstico de DM e HAS. Faz uso de meformina e captopril. Frequenta a USF há 05 anos, comparece a 04 consultas de enfermagem por ano e vai a USF sozinha.

I3: Sexo feminino, 85 anos, renda familiar de 1 salário mínimo (788,00 vigente na época da coleta), aposentada, provedora familiar. Ensino fundamental incompleto, doméstica, viúva, reside com 2 filhos, possui 08 filhos. Diagnóstico de DM, HAS e hipercolesterolemia. Faz uso de metildopa, tiazida, AAS e metformina. Frequenta a USF há 05 anos, comparece a 03 consultas de enfermagem por ano e recebe visita domiciliar. Quando vai a USF é acompanhada pela filha.

I4: Sexo masculino, 84 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, aposentado, provedor familiar juntamente com a esposa. Cursou menos de 8 meses de estudo, comerciante, casado, reside com a esposa, possui 05 filhos. Diagnóstico de DM, doença chagásica, HAS e hipercolesterolemia. Faz uso de captopril. Frequenta a USF há 04 anos, comparece a 04 consultas de enfermagem por ano e frequenta a USF sozinho.

I5: Sexo feminino, 71 anos, renda familiar de 1 salário mínimo, aposentada, provedora familiar, juntamente com o esposo. Analfabeta, só sabe escrever o próprio nome, doméstica, casada, reside com o esposo, possui 03 filhos. Diagnóstico de cardiopatia e HAS. Faz uso de losartana e ASS. Frequenta a USF há 15 anos, comparece a 06 consultas de enfermagem por ano acompanhada pela filha.

I6: Sexo feminino, 64 anos, renda familiar de 1 salário mínimo, não é provedora familiar. Ensino fundamental incompleto, dona de casa, casada, reside com o esposo, possui 06 filhos. Diagnóstico de doença chagásica, ICC, hipercolesterolemia, hipertireoidismo e HAS. Faz uso de carvedilol, furosemida, sinvastatina e tirox. Frequenta a USF há mais de 10 anos, comparece a 05 consultas de enfermagem por ano acompanhada pela filha.

I7: Sexo feminino, 64 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, aposentada, provedora familiar, juntamente com o esposo. Alfabetizada, dona de casa, casada, reside com o esposo, possui 07 filhos. Diagnóstico de arritmia cardíaca e HAS. Faz uso de ancoron, captopril e ASS. Frequenta a USF há 05 anos, comparece a 05 consultas de enfermagem por ano e vai a USF sozinha.

I8: Sexo feminino, 61 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, não é provedora familiar. Analfabeta, dona de casa, casada, reside com o esposo, 02 filhos, 01 neta, a mãe e a sogra, possui 05 filhos. Diagnóstico de hipertireoidismo e HAS. Faz uso de captopril, hidroclorotiazida e tirox. Frequenta a USF há mais de 10 anos, comparece a 06 consultas de enfermagem por ano e vai a USF sozinha.

I9: Sexo feminino, 94 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, aposentada, provedora familiar. Analfabeta, lavradora, viúva, reside com a filha, o genro, 02 netos, 01 bisneta, e a mãe do genro, possui 08 filhos. Diagnóstico de doença chagásica, DM, hipercolesterolemia, artrose e HAS. Faz uso de losartana, glibencanmida. ASS e sinvastatina. Frequenta a USF há mais de 08 anos, comparece a 04 consultas de enfermagem por ano e frequenta a USF acompanhada pela filha e recebe visita domiciliar.

I10: Sexo feminino, 66 anos, renda familiar de 1 salário mínimo, aposentada, provedora familiar. Ensino fundamental incompleto, dona de casa, viúva, reside sozinha, possui 03 filhos, possui diagnóstico de hipercolesterolemia, câncer de pele, insônia, reumatismo e artrose e HAS. Faz uso de losartana, sinvastatina, clonazepam e paracetamol (a depender das dores). Frequenta a USF há mais de 15 anos, comparece a 06 consultas de enfermagem por ano e frequenta a USF sozinha ou com filho a depender das dores.

I11: Sexo feminino, 74 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, provedora familiar juntamente com o marido. Ensino fundamental incompleto, dona de casa, casada, reside com o esposo, possui 11 filhos. Diagnóstico de hipercolesterolemia, artrose e HAS, utiliza furosemida e sinvastatina. Frequenta a USF há mais de 17 anos, comparece a 03 consultas de enfermagem por ano e vai a USF sozinha.

I12: Sexo masculino, 89 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, provedor familiar. Alfabetizado, aposentado, viúvo, reside com cuidadora, possui 02 filhos. Diagnóstico de HAS

e cardiopatia. Faz uso de losartana, AAS e sinvastatina. Frequenta a USF há 06 anos, assistida em 04 consultas de enfermagem por ano exclusivamente por visita domiciliar.

I13: Sexo feminino, 65 anos, renda familiar de 1 salário mínimo, aposentada, provedora familiar. Ensino fundamental incompleto, vendedora, divorciada, reside com os filhos, possui 02 filhos. Diagnóstico de HAS, utiliza captopril. Frequenta a USF há mais de 04 anos, comparece a 04 consultas de enfermagem por ano e vai a USF sozinha.

I14: Sexo feminino, 81 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, aposentada, provedora familiar. Ensino fundamental incompleto, agricultora, viúva, reside com 02 filhas, possui 09 filhos. Diagnóstico de DM, HAS, artrose, bexiga neurogênica, passado de IAM, Faz uso de captopril, hidroclorotiazida, digoxina, glibenclamida, metformina, AAS, sinvastatina. Frequenta a USF há mais de 13 anos, assistida em 04 consultas de enfermagem por ano exclusivamente por visita domiciliar.

I15: Sexo masculino, 67 anos, renda familiar de 3 salários mínimo, aposentada, provedor familiar, juntamente com a esposa. Ensino fundamental incompleto, comerciante, casado, reside com a esposa, possui 06 filhos. Diagnóstico de HAS e hipercolesterolemia. Faz uso de atenolol, ASS, atrovastatina, losartana e furosemida. Frequenta a USF há de 04 anos, comparece a 04 consultas de enfermagem por ano e vai a USF sozinho.

I15: Sexo feminino, 69 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, aposentada, provedora familiar. Ensino médio completo, professora, casada, reside com o esposo e 01 filho, possui 02 filhos. Diagnóstico de HAS. Faz uso de carvedilol, ASS, atensina. Frequenta a USF há mais de 03 anos, comparece a 03 consultas de enfermagem por ano e frequenta a USF sozinha ou acompanhada do filho.

I17: Sexo feminino, 64 anos, renda familiar de 1 salário mínimo, não é aposentada, não é provedora familiar. Analfabeta, dona de casa, casada, reside com a esposa e 03 filhos, possui 07 filhos. Diagnóstico de HAS, DM, hipercolesterolemia, cardiopatia, utiliza insulina, atenolol, ASS, sinvastatina, losartana. Frequenta a USF há mais de 13 anos, comparece a 04 consultas de enfermagem por ano e vai a USF sozinha.

I18: Sexo feminino, 61 anos, renda familiar de 1 salário mínimo, aposentada, provedora familiar. Analfabeta, só assina o próprio nome, lavradora e doméstica, casada, reside com o esposo e 01 filha, possui 05 filhos. Diagnóstico de HAS, DM, hipercolesterolemia e doença chagásica. Faz uso de insulina, hidroclorotiazida, ASS, sinvastatina, digoxina e metropolol. Frequenta a USF há 06 anos, comparece a 03 consultas de enfermagem por ano e frequenta a USF sozinha ou com a filha.

I19: Sexo feminino, 80 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, aposentada, provedora familiar. Só assina o próprio nome, lavradora e dona de casa, viúva, reside com 01 filha e cuidadora, possui 04 filhos. Diagnóstico de HAS, DM, tabagista, e passado de AVC. Faz uso de captopril, meltidopa, ASS, insulina. Frequenta a USF há mais de 10 anos, assistida 04 vezes por ano nas consultas de enfermagem exclusivamente por visita domiciliar.

I20: Sexo feminino, 73 anos, renda familiar de 2 salários mínimo, aposentada, provedora familiar. Só assina o próprio nome, lavadeira, viúva, reside com uma filha, possui 12 filhos. Diagnóstico de hipercolesterolemia, doenças chagásica, DM, HAS, utiliza sinvastatina, AAS, losartana, metformina. Frequenta a USF há mais de 10 anos, comparece a 05 consultas de enfermagem por ano e vai a USF com a filha.

I21: Sexo feminino, 77 anos, renda familiar de 1 salário mínimo, aposentada, provedora familiar. Ensino fundamental completo, cursou até a 8^o série, lavradora, viúva, reside sozinha, possui 06 filhos. Diagnóstico de HAS, DM, hipercolesterolemia. Faz uso de captopril, furosemida, insulina glibencamida, sinvastatina, AAS, frequenta a USF há mais de 05 anos, comparece a 03 consultas de enfermagem por ano e frequenta a USF sozinha.

Os participantes do estudo possuem idade entre 60 e 94 anos. Destes, 11 pessoas possuíam idades no intervalo de 60-69 anos; 04 pessoas idosas no intervalo entre 70-79 anos e 06 idosos longevos, apresentando-se no intervalo entre 80 anos ou mais.

Das 06 pessoas idosas longevas entrevistadas, 02 compareciam a USF para consulta com a enfermeira, e as outras 04 pessoas recebiam a consulta da enfermeira exclusivamente em domicílio, mediante a visita domiciliar. Um estudo com pessoas idosas restritas ao domicílio revelou que 61% dos participantes apresentavam dificuldades em realizar as Atividades Básicas de Vida Diária, enquanto 95% reportaram dificuldades de mobilidade, especialmente para subir ou descer escadas e caminhar fora de casa (CHARLSON et al, 2008).

O declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade e deve constituir prioridade na atenção à saúde da pessoa idosa, independentemente da sua idade. Desse modo, se deve investir em cuidados diferenciados aos considerados como idosos frágeis, pois, apresentam maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte (BRASIL, 2006; KOLLER; ROCKWOOD, 2013).

Os déficits que ocorrem na pessoa idosa refletem como a pessoa envelheceu ao longo de sua vida. É esperado que uma pessoa mais longeva possuísse mais restrições do que uma pessoa idosa com 60 anos, porém, a idade per si, não define o grau de dependência, visto que a capacidade funcional é influenciada por fatores como a interação social, a pratica de

exercícios físicos e a presença de comorbidades, tornando-o mais ou menos dependentes conforme grau de exposição a estes fatores.

A manutenção da capacidade funcional na pessoa idosa está diretamente relacionada a um envelhecimento saudável, sendo esta associada à prevenção de complicações físicas, mentais e sociais (VERAS, 2009).

Portanto, é sabido que com o acúmulo de anos vividos implica em alteração em mobilidade, porém existem peculiaridades individuais que favorecem ou não, o melhor desempenho de mobilidade, locomoção, equilíbrio de postura e interação social.

Nesta pesquisa, observa-se que duas das seis das idosas longevas estão comparecendo a UFS para as consultas com a enfermeira, e que ainda, uma longeva de 94 anos, apesar de ser realizado a consulta com a enfermeira em domicílio, a mesma ainda consegue se deslocar até a USF devido a companhia da sua filha para o atendimento de outras necessidades.

Desse modo, considerar as condições associadas à longevidade é imprescindível, pois, estas são origem das dependências e incapacidades, demandando maiores necessidades de cuidados no domicílio, tanto da família como dos serviços de saúde (SILVA, SANTOS, 2015). Debelar ou ao menos afastar a pessoa idosa dos fatores de risco deve ser considerada uma prioridade nas ações da enfermeira atuante na ESF.

As DCNT com maior destaque nos participantes foi a Hipertensão Arterial, com 19 idosos, seguida de Diabetes mellitus, 11 idosos. Esses achados corroboram com a literatura científica mundial, pois a Hipertensão Arterial constitui a morbidade mais prevalente entre os idosos e associa-se a uma das principais causas de óbito. As doenças cardiovasculares apresentam-se mais frequentes com o avanço da idade, tornando a pessoa idosa vulnerável para sua ocorrência, a partir do acúmulo de fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

No tocante a renda, nove idosos tem rendimento de um salário mínimo, seguido de oito com dois salários mínimos e a maioria dos idosos tem diagnóstico de hipertensão arterial, em uso de vários medicamentos contínuos ofertados em sua maioria pela a ESF.

Estudo realizado em Minas Gerais destacou que a variável renda não estava associada à adesão ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial entre idosos, e que pode ter associação quanto ao fornecimento gratuito de medicamentos pelo SUS, favorecendo um resultado favorável a continuidade da terapêutica medicamentosa (TAVARES et al, 2016).

A compreensão dos depoimentos possibilitou a apreensão de três categorias:

1. A enfermeira no cuidado da pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família: ocorrem mudanças? Subdividida em seis subcategorias: 1. Atenção às doenças; 2.

Prevenção de doenças e promoção da saúde; 3. Atenção Holística: do físico ao emocional; 4. Acesso aos serviços de saúde; 5. Cuidado acolhedor; 6. A não percepção de mudanças.

2. Orientações das enfermeiras às pessoas idosas. Subdividida nas subcategorias: 1. Orientações para controle e prevenção de doenças; 2. Bem estar emocional.

3. Modos diferenciados de cuidar da enfermeira à pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família. Subdividida nas subcategorias: 1. O cuidado com acolhimento, empatia e escuta qualificada; 2. O cuidado com ênfase no biológico; 3. O cuidado direcionado a prevenção de doenças e promoção da saúde; 4. A pessoa idosa considera a enfermeira competente no cuidado.

4.1 A ENFERMEIRA NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OCORREM MUDANÇAS?

Essa categoria refere-se às mudanças ocorridas na vida da pessoa idosa, decorrentes das orientações recebidas da enfermeira. Os depoimentos evidenciaram seis subcategorias: 1. Atenção às doenças; 2. Prevenção de doenças e promoção da saúde; 3. Atenção Holística: do físico ao emocional; 4. Acesso aos serviços de saúde; 5. Cuidado acolhedor; 6. A não percepção de mudanças, que serão discutidas abaixo.

4.1.1 Atenção às doenças

A aproximação que a enfermeira possui com as pessoas idosas repercute na forma com que os usuários do serviço visualizam o cuidado prestado. Desse modo, consideram a associação de mudanças com o modo atencioso frente as suas demandas, decorrentes das doenças crônicas e do uso dos medicamentos, conforme descrito abaixo:

Melhorou minha saúde, porque me ajuda sobre os remédios, e orientações para controlar minhas doenças. I15

A minha vida mudou, porque minha saúde está mais controlada com os remédios [...] As outras doenças estão tudo direito, devido os conselhos da enfermeira para cuidar da saúde. I21

Os depoentes **I15** e **I21** associam as mudanças ao uso das medicações. Souza (2008) refere que o cuidado prestado a pessoa idosa pela enfermeira atuante na AB é centrado na doença e nos aspectos biomédicos, sobretudo farmacológicos.

É fundamental descentralizar as ações biomédicas no cuidado da enfermeira, ao passo que, também, a sua utilização deve ser cautelosa, pelas especificidades próprias do envelhecimento. Para Silva et al., (2012) existem medicamentos potencialmente inadequados para o uso em idosos, pois oferecem maior risco de eventos adversos quando comparados ao benefício, com repercussões negativas para a saúde e QV a população idosa.

Para esse grupo etário, a identificação dos fatores de risco associado ao uso inadequado de medicamentos, como a presença de múltiplas comorbidades, sexo feminino, idade avançada, automedicação e a polifarmácia corroboram para a sustentação desse problemática no cenário internacional e nacional (GUARALDO, et al., 2011).

A apropriação da farmacoterapia pela enfermeira da ESF é necessária, devendo promover orientações precisas quanto ao risco de eventos adversos e posologia, reforçando as orientações do médico e analisando individualmente a resposta à terapêutica.

Os depoimentos de **I2**, **I4** e **I13** destacam que as mudanças de vida ocorreram devido à qualidade das orientações prestadas, havendo, como consequência, a melhoria da saúde das mesmas:

[...] depois dessas consultas com a enfermeira, eu consigo controlar mais meu açúcar, meu diabetes, minha pressão e gordura no sangue [...] Minha vida esta com mais saúde [...]. I2

[...] me sentia muito bem depois da consulta, porque saio com as explicações da minha pressão. Minha pressão está boa agora. Isso melhorou muito. I4

[...] depois desses atendimentos fui seguindo as orientações e conselhos para melhorar minha pressão. Então, acho que minha saúde melhorou depois que comecei a ser atendida pela enfermeira. I13

Esses depoimentos destacam que a pessoa idosa está esclarecida quanto às doenças crônicas que a aflige. As mudanças no cotidiano para o controle da pressão, colesterol e glicemia, proporcionam a melhoria da saúde, demonstrando que a enfermeira tem se destacado no exercício do seu papel na APS.

A utilização dos serviços da AB amplia o acesso aos medicamentos e promove, por meio do atendimento com os profissionais de saúde, maior apropriação do conhecimento sobre a doença e tratamento, seja medicamentoso ou não, sendo esses fatores considerados facilitadores da adesão ao tratamento das DCNT (MUNGER, 2007).

Estudo evidenciou que 65,6% da população idosa apresentava alguma DCNT. A HAS acometia 38,9%, o etilismo 19,8% e o tabagismo 14,4% e o DM 14,4%. Sobre o uso contínuo

de medicamentos, 33,4% faziam uso de anti-hipertensivos, 19,8% de diuréticos e 11,4% de anticoagulante (DEGANI, 2014).

4.1.2 Prevenção de doenças e promoção da saúde

A ESF possui atributos de priorização de ações de promoção da saúde, assistência, reabilitação da saúde da pessoa idosa e prevenção de agravos e complicações associadas às DCNT, no entanto, essas ações devem ir além do tratamento e controle de doenças específicas, considerando especificidades de um envelhecer mais saudável e com qualidade de vida (SILVA; SANTOS, 2015).

Apenas três depoimentos revelam mudanças na dimensão da promoção da saúde e da prevenção de doenças e fatores de risco, conforme os depoimentos de I5, I10, I11:

Ela deixava eu conversar, e dizia que ela fazia esse negócio, que eu ainda falava assim, eu com essa idade, não sinto nada. Ela diz assim, mas é bom fazer, não deixe de fazer. Orientava sobre o exame e me orientava muito bem. Hoje já faço esse exame todo ano. Antes não gostava, mas com ela é muito bom. I5

[...] porque observa a cirurgia e me ensina muitas coisas para melhorar minha pele e minha saúde, usar protetor, guarda-chuva, como lavar certo meu rosto. I10

Melhorou minhas informações sobre o preventivo, porque ele explica muito bem. Então, tenho até gosto em fazer, porque sei direitinho a importância de prevenir o câncer, ainda mais na minha idade. I11

Muitas idosas não gostam de fazer o exame preventivo. Algumas acreditam ser desnecessário, pelo fato de não terem mais o companheiro. As enfermeiras nas USF devem priorizar ações educativas sobre a importância do exame ginecológico para as mulheres idosas, de modo a desmistificar os mitos relacionados a esse exame. Essas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças irão contribuir para o rompimento de posturas fortalecidas por opiniões culturais, que expõe essas mulheres a doenças graves, como os cânceres e doenças sexualmente transmissíveis.

O cuidado de enfermagem deve priorizar a articulação do trabalho morto (como ferramenta ou matéria-prima) com trabalho vivo, voltado para a utilização de tecnologias leves, consolidadas a partir das relações humanas estabelecidas entre a enfermeira e do

usuário dos serviços de saúde, sendo o objeto do cuidado a pessoa e não a doença (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

A educação em saúde é uma ferramenta bastante utilizada pela enfermeira, visto que, com essas orientações, a pessoa idosa pode tornar-ser mais autônoma e empoderada do seu processo de saúde e doença.

A ação educativa é uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da qual o empoderamento e a participação social devem levar as pessoas a optar por caminhos de transformação (CATRIB, 2011). Destaca-se importância da educação em saúde à pessoa idosa, suas famílias e cuidadores, como ação que privilegia a adesão terapêutica e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida (GAUTÉRIO-ABREU et al., 2015).

4.1.3 Atenção holística: do físico ao emocional

O relato de **I1**, ela refere melhora na saúde física e emocional conforme abaixo:

Eu consegui melhorar minha pressão alta. Minha falta de paciência melhorei também, porque eu era mais estressada. Qualquer coisinha me estressava, e ela foi conversando comigo e aos poucos fui vendo que nada vale mais que minha paz. Ela me ajudou a ver que eu tenho que estar de bem comigo e com saúde. Minha vida está com mais saúde e energia de viver. **I1**

No depoimento da **I1** fica evidente que as ações da enfermeira devem estar pautadas em um cuidar humanístico, centradas nas demandas individuais da pessoa idosa, considerando o seu contexto de vida e social. **I1** refere satisfação quanto à assistência prestada pela enfermeira, de modo que as suas necessidades foram atendidas a partir de um cuidado mais próximo, utilizando conversas e conselhos para solucionar problemas para além das patologias clínicas da usuária idosa.

As depoentes abaixo relatam mudanças no aspecto subjetivo e emocional, influenciando na disposição em um viver melhor, conforme destaca os depoimentos:

Minha vida esta com mais energia de viver. **I2**

Ocorreram mudanças, porque eu me sinto bem. **I9**

Melhorou minha forma de ver as minhas doenças, porque antes lidava muito mal. O que ela orienta que é bom, eu me esforço para fazer. I18

Apesar da enfermeira da ESF ainda desempenhar um cuidado mais centrado na doença, os depoentes percebem melhoras em seu estado de saúde, com mais vigor, para viver sentindo-se bem.

O cuidado dispensado a pessoa idosa deve objetivar um conforto holístico, tendo em vista que os contextos físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual são influenciados e influenciadores entre si no bem-estar do sujeito (TAVARES et al., 2011).

A mudança de paradigma da saúde perpassa por condutas das enfermeiras, de modo que atuem não somente quanto às queixas físicas que os usuários apresentam. O acolhimento do sujeito e cuidado relacional ultrapassam o modelo biológico de intervenções, após queixas e procedimentos de foco nas condutas doenças (COSTA, GARCIA, TOLEDO, 2016).

4.1.4 Acesso aos serviços de saúde

Outro aspecto levantado foi com relação ao acesso ao serviço e visita no domicílio que se estende a família, conforme I8:

Sim mudou sim, porque ficou melhor para a gente, porque quando a gente precisa, a gente já sabe para onde ir. A gente já sabe para onde vai e é atendida toda vez. E ainda a enfermeira e as outras meninas vêm aqui em casa visitar as pessoas idosas e doentes (referindo-se a mãe e sogra), e aí é uma coisa muito boa [...] e antigamente não tinha isso. Então, acho que as coisas ficaram melhor, acho não, melhorou. I8

A segurança em ter USF para seu atendimento e a presença da enfermeira no domicílio para assistência a familiares é vista como melhora na vida da I8. Além disso, esta idosa, apesar de ter apenas hipertensão e hipertireoidismo, fazendo uso de dois medicamentos, em comparação a muitos depoentes em uso de vários medicamentos e com multipatologias, foi quem mais procurou a USF, em torno de 6 vezes ao ano, o que sinaliza o acolhimento da enfermeira, bem como o acesso ao serviço de saúde, evidenciado como melhora pela idosa.

A busca da enfermeira para qualificar o acolhimento deve basear-se em teorias do cuidado de enfermagem. Ao realizar o acolhimento como uma ferramenta do cuidado de enfermagem, ela poderá receber o usuário de forma humanizada, entendendo-o como sujeito e

participante do processo de cuidar, ampliando a qualidade do trabalho oferecido (COSTA, GARCIA, TOLEDO, 2016).

Outro depoente também destaca a melhoria de sua saúde relacionada com a visita domiciliar, conforme fala abaixo:

Melhorou, porque minha pressão esta sempre boa agora e não preciso sair de casa para fazer a consulta. A enfermeira vem me visitar, e ainda, as meninas do posto (em referencia as técnicas de enfermagem e agente comunitária) medem minha pressão também, e com isso melhorou muito. I12

O entrevistado **I12**, com 89 anos, também visualiza sua melhora, pelo fato de não mais necessitar sair de casa para o atendimento na USF. Muitas vezes, o deslocamento até a USF por uma pessoa idosa que apresente sua capacidade funcional comprometida é de difícil realização, pois, sempre existem as barreiras geográficas que devem ser vivenciadas. Desse modo, como a maior oferta ao acesso aos atendimentos à saúde pela presença da enfermeira, técnicas de enfermagem e agente comunitária de saúde, como o idoso mencionou acima, promove melhoria na sua condição de saúde.

A APS configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população. A tecnologia do acolhimento pode ser considerada uma reforma nos processos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

4.1.5 Cuidado acolhedor

Alguns depoentes, quando questionados sobre as mudanças em suas vidas, inicialmente referiram sobre o atendimento da enfermeira, para em seguida, pontuarem as mudanças, conforme I1 e I13:

Eu me senti muito bem atendida, ela é uma pessoa muito generosa, gentil e compreensiva e nos dá muito, muita assistência. I1

Gosto do atendimento, da conversa, da atenção que ela me oferta. Me sinto especial. I13

A forma de atendimento do profissional poderá ser um indicador de mudança no usuário. Criando vínculo, a pessoa idosa percebe que as orientações dadas pela enfermeira são para melhoria da sua saúde. A aproximação usuário-enfermeira permite que a pessoa idosa vivencie essas orientações de forma mais amena, não recebendo como ordens e prescrições de mudanças de hábitos de forma instantânea. O cuidado dispensado pela enfermeira expressa preocupação e demonstra interesse pelo bem estar da pessoa idosa, o que, aos poucos, vai provocando mudanças em suas vidas.

O estabelecimento do vínculo favorece o surgimento de relações próximas e transparentes, que faz surgir o interesse e a preocupação com o outro nas diversas situações cotidianas, possibilitando, assim, para uma intervenção mais humanizada (ABRAHÃO, MERHY, 2014).

Para a enfermeira da ESF é fundamental que estabeleça em sua prática cotidiana com a pessoa idosa, um cuidado relacional, que priorize o ser individual que se apresenta, antes das considerações e encaminhamentos diretos a suas doenças, indo além do seguimento de protocolos, com transcrições de receitas medicamentosas e orientações sobre os cuidados que se fundamentam prioritariamente na doença, em detrimento das condições humanas e pessoais (OLIVEIRA, MENEZES, 2014).

4.1.6 A não percepção de mudanças

Apesar da maioria dos depoimentos revelarem aspectos positivos de mudanças na vida da pessoa idosa quanto ao cuidado prestado pela a enfermeira, 04 participantes não identificaram mudanças. As falas de **I6** e **I19** referem aquisição de doenças ao longo dos anos, bem como a continuidade da terapêutica prescrita há mais de 20 anos.

Não houve mudanças, porque continuo do mesmo jeito, e ainda continuo tomando remédios. Desde 1995 eu tomo remédios para pressão. Eu não posso dizer que melhorou, porque apresentou agora problema de tireoide e problema cardíaco de chagas. Apresentou gordura no sangue, triglicérides alto, e continuo a mesma coisa, mas, também, não posso falar, porque ela não tem culpa e sim do meu corpo mesmo. I6

A minha vida tem muitas doenças. É difícil, porque quando as enfermeiras chegaram, eu já era doente, não mudou minha vida [...]

vou ser sincera não melhora. Cada dia mais minha saúde está pior, mas é a idade. I19

Apesar de não reconhecer mudança pelo atendimento ofertado pela enfermeira, a **I6** no final do seu depoimento reconhece que o seu corpo, ou seja, a idade pode ser o fator desencadeador das mudanças, conforme evidenciado também no final do depoimento de **I19**. Em contrapartida, a idade, associada a outros fatores, também pode contribuir para o aparecimento de novas patologias. Isso reforça a necessidade de que a consulta da enfermeira deve privilegiar a atenção multidimensional do ser, em que a enfermeira e a pessoa idosa devem sentir-se corresponsáveis pela melhoria da saúde da pessoa idosa.

A pessoa idosa deve comparecer periodicamente à consulta da enfermeira, especialmente as que se apresentam com doenças crônicas, a fim de acompanhar e monitorar sua condição de saúde. Este momento não deve ser utilizado somente para a dispensação de medicamentos, como se observa em alguns serviços, e sim, para que seja conduzida efetivamente a consulta de enfermagem, de forma a contribuir para o controle das DCNT, postergação de novos agravos e a promoção da saúde (STARFIELD, 2011). É imprescindível que sejam emanados esforços para a prevenção de doenças, atuação eficaz para diagnóstico precoce e tratamento, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011).

Os depoimentos supracitados destacam a compreensão fragilizada quanto às características da DCNT que possuem. Nesse sentido, faz necessária orientação contínua, para oportunizar a adesão ao plano terapêutico, visto que o uso de medicamento contínuo é de difícil manejo.

Por outro lado, nas suas orientações é importante que a enfermeira enfatize o tratamento não medicamentoso, sinalizando a necessidade de mudança de hábitos de vida, com prática de atividade física, alimentação saudável e exclusão dos fatores de risco, a exemplo do tabagismo e alcoolismo.

O acompanhamento contínuo e efetivo das pessoas idosas hipertensas na ESF oportuniza a prevenção da progressão de complicações, reduzindo internações hospitalares relacionadas às DCNT, e mortalidade precoce (TAVARES et al., 2011). Desse modo, considerando a necessidade de atuação integral nas DCNT, além da atuação em equipe, vai exigir dos profissionais uma construção criativa e motivacional do autocuidado entre as pessoas idosas, com apoio da família e da comunidade (BRASIL, 2011).

A idosa **I7** referiu, ainda, que não percebeu mudanças em sua vida após ter iniciado atendimento com a enfermeira, com destaque para a manutenção do seu perfil de atendimentos em outra USF, a saber:

Não existiram mudanças. Eu já fazia em outro posto a consulta e o preventivo também. Acho que não mudou nada na minha vida, continua a mesma coisa. [...] Vou te falar, que é mais pela consulta com o médico que continuo aqui, e estando aqui, vai ser mais fácil ir para o cardiologista, e ainda consigo meus remédios ASS e captopril. Isso já alivia um pouco o bolso, porque meu marido também usa esses remédios do posto, e no meu caso preciso comprar o ancoron, porque lá não tem. I7

Frente a esse depoimento, a idosa destaca a associação da consulta médica com a aquisição de medicamentos de uso contínuo, o que implicaria em uma economia financeira e ainda, uma melhor resolutividade para a sua consulta com o cardiologista.

Desse modo, a não visualização da importância da enfermeira para o reflexo de mudanças de vida frente ao seu atendimento poderá ocorrer, especialmente quando a usuária possui necessidades específicas quanto ao atendimento com o cardiologista, devido a hipertensão arterial e a arritmia cardíaca.

No depoimento abaixo destaca que não ocorreram mudanças, por ainda não ter conseguido a aposentadoria, conforme apresentado a seguir:

Acho que está tudo na mesma, continuo com minhas doenças, não mudou nada, nem os remédios mudaram [...] minha vida não, porque são muitos detalhes, a minha saúde só é uma parte dela, e isso não mudou, porque ainda não consegui me aposentar para melhorar minha vida, minha alimentação. II7

A idosa, por ter rendimento de apenas um salário mínimo, às vezes fica sem comprar medicamentos, quando falta na unidade de saúde. Ela acha que se tivesse a aposentadoria, não ficaria sem usar o remédio, por isso, ela não visualiza melhora na sua condição.

O fator econômico adquire especial importância no acesso aos medicamentos por idosos. Muitos trabalhadores informais, ao envelhecer, deixam de possuir qualquer rendimento (MARQUES, 2010), o que vai influenciar na compra dos medicamentos que não são disponibilizados nos serviços de saúde.

Alguns depoentes não visualizaram mudanças, no entanto, no decorrer da entrevista narram melhoras, conforme a seguir:

A mesma coisa, não mudou nada. [...] a saúde está melhor, graças a Deus, está melhor. Tomo medicamento direitinho. Minha alimentação,

eu não como gordura, não como sal. Então melhorou por isso, pelas coisas que ela me fala. I3

Por acaso, quase que não conto com mudanças. Também tenho andado muito pouco aqui. Mas, me sentia muito bem depois da consulta, porque saio com as explicações da minha pressão. Minha pressão está boa agora. Isso melhorou muito. I4

As falas acima evidenciam a não percepção imediata dos depoentes quanto à ocorrência de mudanças de vida relacionadas com o atendimento da enfermeira, porém, apesar da não percepção, aos poucos, suas falas destacam considerações de melhoria em suas vidas, associando-as com o cuidado prestado pela enfermeira.

A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Frente a essa conjuntura, e compreendendo o papel da AB enquanto importante modeladora do modelo de atenção em saúde é necessário que a prática de saúde desenvolvida por estes profissionais fortaleça a mudança deste imaginário, que destaca importância apenas no atendimento médico.

Ainda, é fundamental que a população idosa perceba como relevante a assistência de todos os profissionais da AB, sem associação exclusiva da economia financeira pela oferta gratuita de medicações, visto que essa redução pode ser considerada uma das piores associações aos esforços dessa construção histórica da saúde coletiva, considerada de fundamental importância para acesso à saúde e melhoria de saúde da população brasileira.

4.2 ORIENTAÇÕES DAS ENFERMEIRAS ÀS PESSOAS IDOSAS

Essa categoria trata da elucidação das orientações das enfermeiras que atuam nas USF, a partir das entrevistas com as pessoas idosas pesquisadas. Está subdividida em duas subcategorias: 1. Orientações para controle e prevenção de doenças e 2. Bem estar emocional. Os depoimentos evidenciaram congruências quanto a uma abordagem generalizante ao controle e prevenção da hipertensão, diabetes e câncer do colo do útero, que evidenciaram 19 depoimentos relacionados exclusivamente à primeira categoria e apenas 2 apresentaram orientações quanto ao bem estar emocional, associadas as orientações que abordam o caráter biológico das DCNT.

4.2.1 Orientações para controle e prevenção de doenças

As condições crônicas mais prevalentes na conjuntura da ESF no contexto da assistência à saúde da população idosa deve incorporar a prevenção das condições de saúde, por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais, relativos ao estilo de vida considerado fatores de risco (MENDES, 2012).

O perfil etário proporciona aos profissionais de saúde um direcionamento para as patologias mais predominantes. As pessoas idosas entrevistadas referiram orientações ofertadas pelas enfermeiras quanto a: alimentação, atividade física e controle do peso, controle da pressão arterial e glicemia, uso de medicamentos.

Os fatores de risco são definidos como características ou atributos, cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. São fatores de risco modificáveis: o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outros (ZATTAR et al., 2013). A enfermeira deve, portanto, abordar esses fatores nas orientações da pessoa idosa, verificando a vulnerabilidade já existente e a idade, enquanto fator de risco não modificável.

Os depoimentos abaixo elucidam as orientações das enfermeiras sobre alimentação:

[...] Gordura, sal, beber bastante água, verduras, não tomo café com açúcar e sim adoçante. I3

O açúcar e gordura também não posso comer muito, isso tem na minha dieta. Eu não uso nada salgado, para melhorar a pressão e minha pressão só vive controlada. Comecei a controlar o açúcar na dieta e não tomo mais remédio. I4

É cuidado com o sal, a comida muito salgada, alimentação adequada, minha alimentação é como ela me orienta, e eu faço, não comer sal, não comer gordura, comer uma comidinha leve. I7

Ela me orienta para melhorar a comida, comer menos sal, menos gordura, cuidado para não comer fritura, carne gordurosa e enlatados, porque o sal me prejudica e aumenta a pressão. I13

[..] comer frutas e verduras saudáveis, leite para ajudar os ossos, tomar sol para fortalecer os ossos e a vitamina D do corpo, além de evitar sal e gordura. I16

A enfermeira fala para controlar tudo, a pressão, o açúcar, não exagerar no sal, na gordura no feijão, nas frituras [...] Ela fala para comer coisas sempre naturais e frutas e verduras sempre. I20

Quanto aos elementos centrais das orientações, as pessoas idosas destacaram mais frequentemente, uma alimentação restrita de componentes das frituras, gorduras, sal e açúcares. Os entrevistados **I16** e **I20** referem que as orientações foram alinhadas para o alimento saudável e natural, exemplificados com as frutas, verduras, ingestão de água. Apenas a **I13** mencionou a necessidade de restrição aos alimentos industrializados e a **I3** que foi orientada a beber bastante água.

O consumo de alimentos industrializados apresenta elevado teor de sódio, sendo este, fator de risco para o desenvolvimento de HAS (ZHAO et al., 2011). O limite máximo de consumo de sódio recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 2 g/dia. Estima-se que os brasileiros consumam 4,7 g/pessoa/dia, excedendo, assim, em mais de duas vezes o limite máximo recomendado de ingestão desse mineral (SARNO et al., 2009).

Alguns depoimentos revelaram que o desempenho no seguimento da alimentação orientada pelas enfermeiras proporcionou melhoria significativa no controle das DCNT. O idoso **I4** exemplificou a modificação da terapêutica medicamentosa pelo sucesso da terapêutica não medicamentosa, a partir do controle do uso de açúcar na alimentação.

O adequado manejo não medicamentoso, por meio da promoção da saúde, apresenta implicações clínicas importantes, uma vez que pode reduzir, ou mesmo, eliminar a necessidade do uso de medicamentos, evitando, assim, os efeitos adversos do tratamento farmacológico e reduzindo o custo do tratamento para o paciente e SUS (GERALDO, 2008). É necessário ampliar essas orientações para um número maior de pessoas idosas, visto que, dos entrevistados apenas uma referiu essa mudança, considerado como um importante êxito terapêutico.

Os depoimentos supracitados corroboram com o estudo quantitativo, de ensaio clínico, randomizado controlado, realizado no Rio Grande do Sul, em que utilizou aconselhamento nutricional enquanto ferramenta fundamental para modificações dos fatores de risco cardiovascular e metabólico (SOARES et al., 2014).

Em outro estudo, de meta-análise evidenciou que o consumo diário de frutas, verduras e legumes está associada à redução da taxa de mortalidade por DCNT, especialmente de mortes por doenças de alta prevalência em idosos, como as de origem cardiovascular e o câncer (WANG et al., 2014).

A OMS preconiza a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física, esses, considerados fundamentais na terapia de primeira escolha para a melhora dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (OMS, 2010).

Desse modo, pela eficiência dessas intervenções, o estímulo à adequação de um estilo de vida mais saudável por meio de hábitos alimentares e a prática de atividade física devem ser incentivados na ESF, de modo a melhorar a qualidade de vida dos usuários idosos, entretanto, há de se pensar em estratégias mobilizadoras de baixo custo para os seus usuários, entendendo a importância que as orientações têm para estimular as pessoas e não para as afastar do serviço.

Orientações que estimulam a prática de atividade física também foram evidenciadas:

[...] fala de não ficar parada, tem que fazer exercício pelo menos três vezes na semana [...] fala do meu peso I2

[...] caminhar, fazer atividade física I6

[...] Fala também para eu procurar andar um pouco todo dia I12

[...] Fazer atividades físicas para controlar o peso e manter ativa. I18

Variados efeitos positivos associa-se a atividade física como por exemplo, no o metabolismo lipídico e glicídico, na pressão arterial, peso, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas, sendo esses considerados efeitos protetores das doenças crônicas (PEDERSEN; SALTIN, 2006).

Estudo evidenciou os principais motivos para a prática de atividade física por idosos, em que os benefícios da qualidade de vida e saúde foram predominantes para a conformação desse hábito, seguida da indicação médica, indicação de outros profissionais (LOPES et al., 2014). Desse modo, para o atendimento da enfermeira na USF, torna-se essencial dispensar orientações de acordo com o público atendido, aproximando as suas demandas e especificidades individuais.

Outro estudo evidenciou que a prática de atividades físicas desenvolvidas no lazer e no deslocamento é capaz de diminuir a presença dos sintomas psicológicos e somáticos negativos ligados ao processo de envelhecimento masculino (CORRÊA; ROMBALDI; SILVA, 2011). Desse modo, a atividade física desempenha comprovadamente benefícios no controle das DCNT, bem como o manter-se ativo, melhora as questões relacionadas para além da inatividade. Essas atividades promovem redução do isolamento provocado por instabilidades motoras e pela socialização de um espaço e tempo com outras pessoas (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Estudo verificou que o estabelecimento das redes sociais é o principal motivador para as pessoas idosas se mantenham ativas em programas de atividades físicas (SOUZA; VENDRUSCOLO, 2010).

Os depoentes **I9** e **I15** não realizavam atividade física, apesar de referirem que são orientados pela enfermeira quanto à necessidade de sua prática:

[...] me orienta para eu andar um pouquinho, porque era bom e fazia muito bem em andar um pouquinho. Agora piorei das pernas e não estou conseguindo andar com frequência. I9

Ela me pergunta sempre se já comecei a caminhada, mas isso não consigo fazer sempre, pois eu canso e tenho preguiça as vezes I15

O depoimento de **I9** é de uma idosa longeva e o **I15** de um idoso de 67 anos. Para eles, as dores nos membros inferiores e o cansaço são os fatores determinantes para não praticarem atividade física. Esses motivos corroboram com o estudo sobre a mesma temática, em que se indicou os motivos para o não cumprimento das orientações pelas pessoas idosas, relacionando com as limitações físicas proporcionadas pela as alterações próprias do envelhecimento e com as DCNT (KRUG; LOPES; MAZO, 2015).

Os depoimentos evidenciaram que, mesmo sabendo dos benefícios da atividade física e da necessidade de alterar hábitos de vida, esses dois depoentes não conseguem colocar em prática. O **I15** não possui impedimentos que causem dor, assim, a enfermeira deve orientar quanto aos benefícios dessa mudança de atitude e os prejuízos das DCNT descontroladas, visto que o seu cansaço e preguiça podem ser modificados com bem-estar e qualidade de vida e saúde.

Estudo identificou que a falta de interesse e disposição, através da preguiça, para praticar atividades físicas foram uma das barreiras mais citadas por mulheres idosas (MOSCHNY et al., 2011). Outro estudo indicou ainda que a atividade física não é prioridade para a pessoa idosa, sendo justificado pelo pouco conhecimento da relação entre atividade física e saúde e porque muitos viveram em um período de tempo em que o exercício não era valorizado ou considerado necessário (REICHERT et al., 2007).

Para I9 pode-se orientar as atividades de baixo impacto, como por exemplo, a hidroginástica, entretanto, a enfermeira deve conduzir as suas orientações prioritariamente para as atividades executadas com recursos financeiros nulos para os seus usuários, como a caminhada, bem como, pelas atividades que o SUS disponibiliza, mediante as equipes de saúde da família em colaboração com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF), por exemplo, início com sessões com a fisioterapeuta do NASF. Para as pessoas resistentes à prática de atividades, independentemente, é relevante a utilização de estratégias exemplificadoras, como por exemplo, com a visualização da melhoria na vida de um idoso pode repercutir favoravelmente na vida e saúde de outro.

Diante dos depoimentos, pode-se inferir que mais pessoas são inativas fisicamente, pois, alguns referem que essas orientações não fazem parte do seu cotidiano, ou seja, além das duas pessoas que informaram diretamente os fatores que as tornam não praticantes de atividade física, pode ser também vivenciado por outras pessoas entrevistadas. A enfermeira deve buscar aproximar-se do cotidiano das pessoas idosas, a fim de obter informações e motivações individuais para a prática de atividade física. A possibilidade de vivenciar aspirações e incentivos externos pode facilitar o melhor desempenho para a pessoa idosa, mesmo que inicialmente a atividade física não proporcione imediatamente um prazer concedido por sua realização.

Quanto ao uso de medicamentos, todas as pessoas idosas entrevistadas referiram o uso de medicamentos para o controle das DCNT, sendo que todos depoentes são hipertensos. A adequação do tratamento da HAS é gerenciada por mudanças no estilo de vida e uso contínuo de medicamentos anti- hipertensivos (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

Sobre a quantidade de medicamentos diários que tomam, em ordem decrescente, nove pessoas idosas utilizavam três medicamentos, seguidos de quatro em uso de dois medicamentos, duas pessoas, com uso de cinco e quatro respectivamente. Uma pessoa usava sete medicamentos, seguidos por outra que usava seis, outra faz uso de uma medicação.

Conforme evidenciado, a população idosa participante consome diariamente grandes quantidades de medicamentos, corroborando com o estudo farmacoepidemiológico de base populacional (LOYOLA et al., 2008). A polifarmácia é comumente definida como o consumo múltiplo de cinco ou mais medicamentos (CARVALHO et al., 2012)

As pessoas idosas evidenciaram as orientações e condutas frente ao uso dos medicamentos proporcionadas pela enfermeira:

Ela transcreve o remédio, mede minha pressão e o açúcar. [...] Comecei a controlar o açúcar na dieta e não tomo mais remédio (para a diabetes). I4

O idoso **I4** referiu os cuidados diretos com as suas DCNT. O mesmo elucidou as especificidades da ESF quanto à transcrição de medicamentos pela enfermeira, mediante a prescrição médica previamente ofertada ao mesmo. Apesar de não deixar explícito quais as

orientações da enfermeira, o entrevistado direciona as condutas da profissional no tratamento e controle da HAS e DM, quanto à aferição da pressão arterial e glicemia. Destaca finalizando o seu êxito terapêutico quanto ao controle da DM, a partir de mudança de hábito alimentar, conduzindo, assim, seu tratamento com os medicamentos para a HAS, associados ao tratamento não medicamentoso para o controle da glicemia.

A redução do número de medicamentos de uso contínuos no tratamento de idosos é um importante indicador de êxito terapêutico, visto que a polifármacia é um fator de risco para desenvolvimento de eventos adversos e de interações medicamentosas (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010).

Sobre o tratamento e controle das DCNT, pressupõem-se o uso contínuo dos medicamentos e/ou tratamento não medicamentoso, conforme orienta as linhas do cuidado para hipertensão e diabetes (Organização Pan-Americana da Saúde, 2010). Nesse sentido, a não utilização contínua dessas práticas terapêuticas é um marcador de não adesão. Por vezes, a HAS é considerada mais frequentemente de baixa adesão, quando comparado a DM, visto que os sinais e sintomas são mais brandos que o da última doença, tornando as pessoas mais relapsas quanto ao manejo contínuo (FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014).

As pessoas idosas referiram ainda sobre:

Ela fala para eu medir a pressão e tomar os remédios certinho da pressão. I5

Ela avisa que a gente tem que tomar o remédio certo, na hora certa, [...] Tem que ter cuidado e se cuidar. Aí transcreve o remédio certinho, as horas para tomar os remédios. I8

Me orienta tomar os remédios direitinho, as horas certa, marcava as horas para tomar os remédios. Fala sobre meu problema de colesterol. E fala, esse remédio não se toma todo dia não, usa duas vezes na semana, não tome todo dia não, igual remédio de pressão não. I9

Estudo internacional evidenciou os erros comuns que afetam a segurança no uso de medicamentos em idosos, entre os quais está o esquecimento quanto ao horário da dose e falhas na comunicação profissional-usuário (BURGESS; COWIE; GULLIFORD, 2012).

A adesão terapêutica constitui uma variável multifatorial associada ao estado de saúde da pessoa, acesso aos medicamentos, renda familiar, grau de instrução, presença de reações adversas, estado psicológico e aos resultados positivos no decorrer do tratamento (CINTRA et al., 2010).

Estudo sobre o acesso de idosos a medicamentos para HAS e DM no Nordeste e Sul do país evidenciou que, de todos os medicamentos obtidos, 35,1% foram pagos pelos idosos e o restante (64,9%) foi fornecido gratuitamente nas unidades de saúde ou por outros meios (PANIZ et al., 2010), o que favorece o uso regular de medicamento pela pessoa idosa com DCNT.

Estudo confirmou a prevalência dos medicamentos indicados para o sistema cardiovascular, seguidos pelos hipoglicemiantes, antidepressivos e ansiolíticos e para doenças vasculares antitrombóticos (AZIZ; CALVO; D'ORSI, 2012).

Então me cadastrei para ter direito a pegar o remédio no posto e consultar. Para a minha pressão alta [...] Fala para eu me acalmar para diminuir a pressão e conseguir dormir sem remédio, mas, eu não consigo. I10

A enfermeira me fala sobre como tomar os remédios. I17

[...] sempre me cuidar, tomar os remédios que o médico receitou e me pergunta sempre como eu tomo os remédios, evitar tomar com leite. Nunca tomar os remédios de estomago vazio, por causa do estômago não irritar, porque esses remédios são fortes, e orienta tomar os remédios na hora certa, marca as horas para tomar os remédios. I21

O manejo terapêutico das DCNT promove uma sobrecarga para a vida da população idosa. É necessário demasiado empenho da enfermeira e equipe multiprofissional para que as orientações ofertadas aos usuários e sua família sejam entendidas para o sucesso no tratamento. Devem ser estabelecidas condutas quanto ao autocuidado e a interação com familiares/cuidadores e profissionais para organizar o cuidado, quanto ao uso a polifarmácia e quanto à adoção de mudanças no estilo de vida (GALLACHER; MAY; MONTORI, 2011). O aconselhamento da pessoa idosa para o uso correto dos medicamentos deve fazer parte do seu projeto terapêutico (MEIRELES, 2014).

De outro modo, a **I1** relata em seu depoimento sobre a ajuda que a enfermeira confere à sua saúde para a aquisição de medicamentos, reportando ao que já foi discutido anteriormente sobre a transcrição medicamentosa pela enfermeira na ESF.

[...] ela me ajuda muito, em me orientando, cedendo meus remédios, principalmente quando a médica esta ausente, não me deixando é desprotegida, quando eu estou vulnerável. I1

O depoimento se apresenta dicotômico quanto o papel da enfermeira no cuidado a saúde. De um lado, a enfermeira a ajuda nas orientações. De outro, a idosa refere uma supervalorização do ato da transcrição da enfermeira na ausência da médica, demonstrando uma falta de compreensão das práticas e rotinas que ocorrem na ESF, de modo que a transcrição não é para ocupar a enfermeira na ausência do médico, e sim, para um rodízio de profissionais, com assistências diferenciadas que podem promover sucesso terapêutico. Desse modo as transcrições ocorrem nos intervalos de três meses, para renovação da receita e orientações com a enfermeira, caso os sinais e sintomas estejam controlados pela última prescrição médica.

4.2.2 Orientações quanto ao bem estar emocional

Esta subcategoria destaca de modo pouco singular, que apenas dois depoimentos revelaram orientações da enfermeira para além das patologias, conforme se verifica a seguir:

[...] procurar ficar tranquilo na vida, tentar não me estressar, fazer tudo que me faz bem e me dá alegria na vida. I15

[...] ela me fala para cuidar da minha saúde corporal e mental [...] e fazer atividades físicas para controlar o peso e manter ativa. I18

As falas demonstram atenção à pessoa de um modo multidimensional. Abordam-se fatores biopsicológicos, conforme individualidades de **I15 e I18**. As orientações apresentam um teor de corresponsabilização e afetividade, de modo a motivar padrões específicos de comportamento, para melhoria das necessidades da pessoa idosa, e que possibilita reduzir seu sofrimento (GOETZ; KELTNER; SIMON-THOMAS, 2010).

Apesar do contexto epidemiológico das DCNT, afastar e conduzir a pessoa idosa, com ou sem patologias, para atividades de promoção da saúde individuais e/ou coletivas nas USF promove direcionamento para o bem-estar e QV (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004). A enfermeira deve manter-se motivada para incorporar ações que busquem o atendimento da pessoa idosa para além da lógica usual de assistência à doença.

Apesar de utilizar recursos tecnológicos leves, as orientações possuem alta complexidade, envolvendo a comunicação relacional e os padrões de escolha dos usuários (MERHY; FRANCO, 2004). A busca do ser/estar ativa, com alegria de viver permite vivenciar a longevidade com êxito e concretizar a vida antes, de simplesmente viver somente a doença.

A relação entre a enfermeira e a pessoa idosa permite a combinação de medidas educativas, que a primeira elabora em relação às necessidades da segunda, mas que, de maneira dinâmica, as necessidades são modificadas conforme também a percepção dos idosos. Portanto, nessas ações pode fornecer variadas possibilidades para o enfrentamento das suas demandas da pessoa idosa.

4.3 MODOS DIFERENCIADOS DE A ENFERMEIRA CUIDAR DA PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Esse tema permite descrever os modos de cuidado promovidos pela enfermeira à pessoa idosa no contexto da ESF, as quais foram elucidados pelas pessoas idosas, quatro diferentes modos de cuidar relacionando-os com: o cuidado com acolhimento, empatia e escuta; o cuidado com ênfase no biológico; o cuidado para a prevenção de doenças e promoção da saúde e o cuidado influenciado pela competência da enfermeira, conforme seguem as subcategorias:

4.3.1 Cuidado com acolhimento, empatia e escuta qualificada

Esta subcategoria estabelece a percepção das pessoas idosas quanto à comunicação efetiva, com a valorização da escuta dos mesmos pela enfermeira, abrangendo a atenção, o cuidado, a paciência, a promoção de confiança, momentos de escuta sem interrupção, momentos de orientações e retirada das dúvidas, conforme os depoimentos abaixo:

[...] conversa comigo, me escuta, me explica o que eu tenho que fazer com a minha saúde. I1

Ela me acode quando eu preciso, me acalma conversando comigo do problema de dentro de casa com meu filho que usa drogas. I2

Ela é bem cuidadosa, paciente. Ela deixa a gente a vontade para falar o que estou sentindo, porque esse é o certo, se a gente está sentindo, tem que falar para melhorar. I5

É possível perceber que o espaço para o diálogo oferecido pela enfermeira nas consultas promove sua aproximação com a pessoa idosa. As conversas são consideradas **esclarecedoras, possibilitam a aproximação dos envolvidos**, e percebe-se interesse das

profissionais por problemas para além da saúde da idosa, como por exemplo, a vida pessoal que a **I2** apresenta com seu filho. Essa motivação para promover o cuidado holístico é de extrema relevância, pois a vida/problemas com filhos afetam a vida e saúde dos pais, independentemente da idade dos mesmos.

A empatia é compreendida como uma habilidade de interação social e se constitui em um fenômeno multidimensional, que engloba componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (FALCONE, 2009). A expressão da pessoa idosa quanto ao interesse da enfermeira em um tratamento harmonioso, afetuoso e de disponibilidade às suas demandas promove satisfação com a vivência do cuidado. Elementos como interesse e desejo de ajuda são indispensáveis para conseguir um ambiente favorável nas consultas de enfermagem.

A atenção ao cuidado multidimensional promove uma assistência humanizada e condições que favorecem a expressão da afetividade. O afeto e carinho permitem aproximar a pessoa idosa da enfermeira, sendo estimulado por sentimentos de apoio, confiança e autonomia (PROCHET et al., 2012).

E ela me orienta muito e é muito agradável para falar com as pessoas e isso facilita a gente, a gente fica satisfeita com isso. I10

[...] sempre fala com jeito, orienta muito bem. I11

[...] ela é atenciosa e me espera falar. Tem cuidado de orientar da forma que eu consigo entender. I13

Ela é boa em tudo, como pessoa e profissional. Atende ótimo a pessoa. Te respeita, te ouve e conversa orientando para o melhor da sua saúde. Acho uma profissional completa por tudo. I16

As falas acima expressam a maneira como a enfermeira estabelece a comunicação com a pessoa idosa, demonstrando inclusive preocupação para que a linguagem seja adequada ao entendimento de **I13**.

A percepção de saúde e os resultados terapêuticos em pessoas idosas são influenciados pelo nível de adequação na comunicação estabelecida com os profissionais de saúde (WILLIAMS; HASKARD, DIMATTEO, 2007). Desse modo, quanto mais aberta forem as consultas da enfermeira, mais sucesso a mesma terá na sua atuação profissional, impactando a vida e saúde das pessoas que cuida.

[...] conversa bem comigo e me deixa perguntar. I17

[...] se ela não me ouvisse, ela não saberia e eu provavelmente pioraria as tosse, e poderia dar algo mais grave. Acho que ela cuida muito bem e atende as minhas necessidades do momento. I18

Os depoimentos de **I17** e **I18** convergem quanto ao modo que as orientações são expressas, qualificadas como um falar cuidadoso, promovendo assim, satisfação e acolhimento.

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Entretanto, não trata de uma simples troca de informações entre a enfermeira e o paciente/cliente, mas, uma ação que deve ser planejada e com uso de técnicas facilitadoras, bem como a observação de que seja uma experiência pessoal e individualizada (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Esta categoria destaca, também, como a pessoa idosa percebe o cuidado, que se expressa através do acolhimento, cordialidade, carinho, atenção e disponibilidade para as suas demandas, além da enfermeira demonstrar interesse pela sua saúde e bem estar, conforme evidenciado a seguir:

[...] ela nos trata muito bem, com muito carinho. I1

[...] Ela é atenciosa. Às vezes, nem tenho consulta e, se ela me vê aqui no posto, ela pergunta se está tudo bem comigo. É muito agradável, tem conversa boa, é aberta. Chego aqui, procuro e acho atendimento. Ela procura o que eu estou sentindo. Eu gosto de ver é a pessoa saber conversar, gostar de saber como a gente está [...]. I4

[...] é uma pessoa boa, passa as orientações para nós, tem carinho, trata direitinho. I9

As depoentes referem que a enfermeira mostra-se atenciosa na comunicação efetuada. O respeito à fala, a escuta qualificada das demandas do sujeito permite demonstração de interesse no sujeito atendido em sua consulta, tornando-a mais próxima, pessoal, subjetiva e com o fortalecimento do vínculo e acolhimento (MAYNART; ALBUQUERQUE; BRÊDA; JORGE, 2014).

A comunicação designada como utente-profissional de saúde estabelece que o profissional deva compreender as maneiras do paciente comunicar-se e adaptar-se ao seu nível comunicacional, para potencializar o entendimento e satisfação com esse momento de inter-relação (MARTIN; GARSKE; DAVIS, 2000).

A escuta qualificada da pessoa idosa apresenta-se importante, pois favorece a adesão terapêutica e o sucesso das intervenções na saúde. É uma ferramenta essencial para que a

pessoa idosa possa usufruir do cuidado integral, favorecendo o acolhimento e a singularidade de cada encontro (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Foi evidenciado, ainda, que a enfermeira, além de escutar atentamente a pessoa idosa, promove habilidades aprimoradas do diálogo, que espera o outro falar e orienta conforme o entendimento do usuário. Portanto, essa conduta desempenha, também, o fortalecimento do acolhimento e das relações de vínculo entre quem cuida e quem é cuidado (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

A afetividade também foi expressa pelos depoentes no cuidado prestado pela enfermeira. O cuidado afetivo promove sensibilidade no tocar, no olhar, no saber sentir e captar emoções de quem se está cuidando, além de favorecer um comportamento empático e escuta. A empatia é considerada como ferramenta de aproximação subjetiva do paciente (LELA; SERPA, 2013).

Na ESF, as relações sociais entre a pessoa idosa e a enfermeira tornam-se próximas, sendo capaz de permitir que esta última seja caracterizada para além do seu fazer profissional, sendo percebida quanto as suas qualidades pessoais e modo de ser.

[...] me disse que qualquer coisa eu posso procurar ela [...]. I10

[...] faz o preventivo com todo cuidado, todo carinho. Conversa comigo bastante, me explica o que o resultado sempre informa. I11

Quanto ao exame de preventivo, apesar de ser um procedimento relativamente simples, para muitas idosas torna-se um exame delicado. **I11** destacou que a enfermeira, no momento do exame conversa demasiadamente, tem carinho e cuidado, atuando de maneira acolhedora.

Ao emitir informações sobre o procedimento, o faz de maneira cuidadosa, utilizando assim elementos colaboradores de aproximação, como preocupação com o sentimento da idosa, comportamentos de empatia, e por consequência, a idosa apresenta-se satisfeita com os cuidados de saúde.

[...] ela acompanha de perto tudo que acontece, mesmo que ela tenha que vir na minha casa, sempre vem muito disposta e com muito amor. I15

As enfermeiras mantêm-se próximas à da vida dos idosos, estabelecendo um cuidado amável, privilegiado pelas interações longitudinais vinculadas a configuração da atenção na ESF.

Outro aspecto relacionado pela pessoa idosa foi à dificuldade em locomover-se para atendimento na unidade básica, decorrente das fragilidades da própria idade e aumento das dependências. No entanto, a enfermeira tinha disponibilidade para o atendimento no seu domicílio.

A realização da visita domiciliar pela enfermeira da ESF permite um conhecimento mais próximo do contexto da pessoa idosa e amplia a visualização das suas necessidades básicas e da dinâmica familiar, bem como favorece o fortalecimento do vínculo entre a enfermeira, o idoso e sua família (ROCHA; CARVALHO; FIGUEIREDO; CALDAS, 2011).

O cuidado em saúde compreende-se como motivador para o bem-estar dos indivíduos envolvidos (MORAIS et al., 2011). O tratar com atenção e carinho repercutem em referências positivas para pessoa idosa.

4.3.2 Cuidado com ênfase no biológico

Na ESF, a enfermeira precisa promover atenção ao controle das DCNT que acometem a saúde da pessoa idosa. Desse modo, não diferente do que nas outras faixas de idade, a HAS e DM são as duas doenças mais frequentes neste segmento populacional, e para essas é necessária atenção diferenciada.

Nesta subcategoria, o cuidado prestado pela enfermeira tem ênfase no aspecto biológico, quando as orientações são direcionadas para o controle da glicemia, pressão arterial, medicamentos utilizados e indicação de alimentação saudável, relacionando as DCNT que acometem as pessoas idosas, conforme os depoimentos abaixo:

Ela me ajuda sempre, colocou meu açúcar e pressão alta para abaixar e ficar controlado. Ela...ela me orienta, me dá os remédios [...] É muita ajuda na minha saúde. I2

[...] me diz como tenho que cuidar da minha comida direitinho e dos meus remédios. I3

[...] a gente não tem orientação das coisas, não sabe né? Até mesmo como tomar o medicamento a gente não sabe, aí indica como vai tomar os remédios, as dosagens dos remédios [...] I8

[...] Ela me fala que está tudo normal e que é para eu cuidar da minha pressão e comida. I11

Ela sempre vem na minha casa para eu não ter que ir no posto. Eu não posso ir sozinho andando [...] acho muito bom ela vir me visitar sempre, para saber da minha pressão. I12

A valorização do ato medicamentoso foi o mais referido nesses depoimentos. O tratamento centrado nas medicações utilizadas deve ser complementado com outras orientações que colaboram para o controle da hipertensão de hiperglicemia. Orientações como a prática de exercício físico, alimentação saudável, controle do estresse são medidas eficazes que podem colaborar para o controle dos sinais e sintomas das DCNT, juntamente com o tratamento medicamentoso.

As orientações para prevenir o surgimento de doenças e para promover a saúde e bem estar, devem também ter espaço privilegiado pela enfermeira em consulta. Apesar de apresentar-se no contexto da ESF, onde a prevenção de doenças e promoção da saúde deve ser priorizada, apenas dois depoimentos trouxeram a associação do cuidado da enfermeira sob a influência dessas duas vertentes do cuidado.

Outro aspecto evidenciado foi as especificidades do cuidado ao corpo e as demandas biológicas, considerando que todos os participantes da pesquisa possuem pelo menos uma DCNT. Os colaboradores do estudo referiram sobre o esclarecimento a respeito do estado de saúde e o uso adequado das medicações e recebimento de medicações.

A orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos favorece o acúmulo de informações, que torna o sujeito corresponsável pelo sucesso no controle dos sinais e sintomas dos seus acometimentos crônicos. Esse é um aspecto importante, especialmente nas DCNT, pois, a falta de informação sobre a doença e sua terapêutica pode estar relacionada a não adesão ao tratamento, conferindo-se como fator de pior prognóstico (CARVALHO et al., 2012).

O acesso a medidas que promovem o diagnóstico de como se encontram a glicemia e pressão arterial são fundamentais para o controle das medidas desempenhadas e orientadas pela a enfermeira. Essa informação para a pessoa reflete acesso aos serviços, continuidade da atenção e responsabilização pela sua saúde, conforme fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

4.3.3 Cuidado direcionado a prevenção de doenças e promoção da saúde

Esta subcategoria enfatiza as orientações e realização de procedimentos de prevenção do câncer de mama e útero, da visita domiciliar para o controle de pressão e realização de exames de prevenção.

Vem fazer visita, [...] de quinze em quinze em dia, e essas visitas ajudam a cuidar da minha saúde. I3

As visitas domiciliares promovem espaço privilegiado de atenção à pessoa idosa pela aproximação do ambiente singular que esta convive. Desse modo, além de tornar mais próxima à relação, promove o vínculo entre a enfermeira e a pessoa idosa e sua família, e fortalece a corresponsabilização dos sujeitos que se envolvem no cuidado.

[...] orienta tudo dos exames, tem todo o cuidado, na consulta e com o aparelho ali na vagina. Porque eu já fiz preventivo e passei mal, em alguns lugares por aí, mas, com ela não, pois ela é maravilhosa. I7

O modo de orientar sobre os exames de cunho preventivo deve ser muito sensível, em especial para o exame de preventivo de mulheres idosas, pois, além do cunho preventivo ser desvalorizado, existe ainda a especificidade do toque e necessidade de expor-se ao outro, que mesmo a executora do exame sendo do mesmo sexo, motiva certo estranhamento, e às vezes, resistência.

No que concerne às atividades desenvolvidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, os depoentes vincularam às consultas frequentes em domicílio realizadas pela enfermeira da ESF, contribuindo para um cuidado mais holístico e próximo. Os depoentes destacaram que na consulta de enfermagem também são esclarecidos sobre os exames, como parte inclusiva da consulta da enfermeira.

No que concerne às atividades desenvolvidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, os depoentes vincularam às consultas frequentes em domicílio realizadas pela enfermeira da ESF, contribuindo para um cuidado mais holístico e próximo. Os depoentes destacaram que na consulta de enfermagem também são esclarecidos sobre os esclarecimentos de exames, como parte inclusiva da consulta da enfermeira.

As atividades educativas desenvolvidas pela enfermeira buscam estimular a mudança de hábitos. É possível identificar que as orientações recebidas ajudam na melhoria da saúde da pessoa idosa e ainda é percebido o sentimento de satisfação quanto à aquisição dessas orientações.

A promoção da saúde baseia-se na alteração dos comportamentos dos indivíduos, em seu contexto social e cultural. Entretanto, essa estratégia educativa torna-se mais efetiva quando identifica e atinge os macrodeterminantes que influenciam o processo saúde e doença (BUSS, 2009).

A enfermeira da ESF apresenta-se também como articuladora das ações de prevenção de doenças da população idosa. É consenso nos estudos (CRUZ et al., 2011; GAMA; BIASI, RUAS, 2012) a elevada quantidade de pessoas idosas acometidas por DCNT, porém, apesar das mesmas já serem acometidas por estas, é fundamental atenção constante e que essas orientações façam parte das ações estabelecidas, afim de prevenir novas doenças e fatores de risco para as suas complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, constituindo um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade (MOREIRA, 2011).

4.3.4 A pessoa idosa considera a enfermeira competente no cuidado

As pessoas idosas referiram, por vezes, considerar as enfermeiras competentes. Essa característica positiva esteve associada ao perfil responsável e eficiente em seus atendimentos, e ainda, tratamento próximo, configurando-a como atenciosa.

Nesta subcategoria, a pessoa idosa refere às qualidades da enfermeira, com destaque para a eficiência, responsabilidade, competência, profissional com conhecimento e comprometida com a sua função no serviço de saúde, conforme as falas abaixo:

Eu como todos, acho muito bom. Ela é muito eficiente, responsável I1

[...] ela é muito competente no serviço aqui. I2

Ela é muito jeitosa e responsável, e isso ajuda a cuidar. Gosto do jeito dela é muito atenta na minha saúde I3

[...] me orienta e me trata muito bem, é muito competente I6

Ela eu acho ótima, porque sempre que eu preciso, eu vou ao posto e ela me atende muito bem, sabe fazer o serviço dela [...] I10

[...] boa profissional, de inteligência e conhecimento. Ela é compromissada com o seu trabalho, e isso compensa para a minha saúde, essa maneira de agir. I15

Ao questionar as pessoas idosas sobre o cuidado prestado pelas enfermeiras, todas as respostas foram positivas, considerando-as com atuação ótima e boa, relacionados a profissional e/ou a pessoa que a mesma se apresenta enquanto executora desse papel fundamental na consulta de enfermagem. Entretanto, foi evidenciado que, apesar do caráter semelhante das respostas, houveram justificativas diversificadas.

Foi referido em alguns depoimentos que a enfermeira possuía competência para exercer a sua função na atenção básica. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) estabelecem competências da enfermeira: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001), o que foi evidenciado ao longo da dissertação.

O processo de desenvolvimento de competências pode ser adquirido a partir da vivência de situações e aprimoramento teórico. A enfermeira, ao cuidar da pessoa idosa precisa apresentar competência técnica para atender às necessidades físicas e sociais, além de ter comunicação sensível. As orientações e condutas devem ser pautadas em instrumentos que consideram as especificidades da pessoa idosa (PNSPI, 2006).

Estudo evidenciou que a demonstração de afeto a pessoa idosa e apresentar atitudes empáticas foi uma competência considerada indispensável no processo de cuidar (WITT, 2014). Desse modo, corroborando com os depoimentos da pesquisa, a pessoa idosa associou as competências da enfermeira com o modo amável em tratá-los, demonstrando satisfação e impacto positivo no cuidado prestado.

Diante das orientações dadas pela enfermeira, apesar das qualidades evidenciadas pelos depoentes, uma idosa referiu que não tem condições de segui-las, em virtude das condições econômicas, conforme abaixo:

Ela gosta de fazer tudo certo, só que ela não entende que sem dinheiro não dá para comer saudável. Fruta está muito cara, não dá também para comer de três em três horas. É um problema, mas, que não tem solução. Tudo está muito caro. As orientações dela não se enquadram na minha renda. I17

I17 destacou sobre a sua não aderência ao tratamento devido a sua impossibilidade de seguir as orientações da enfermeira por causa das dificuldades financeiras, mesmo sabendo a real necessidade. Esse depoimento sinaliza que as orientações dos profissionais de saúde devem apoiar-se sobre o contexto do usuário do serviço, pois, ao orientar aspectos que não se enquadram na realidade do usuário, promove constrangimento em não ser possível seguir

determinada conduta, e por consequência, gera a um cuidado distante, sem levar em conta a realidade do outro.

A renda familiar é fator limitante para aquisição de bens necessários para melhoria das condições de saúde e de vida (TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012). Desta maneira, as orientações em saúde precisam considerar o modo de pensar e viver das pessoas idosas (MARTINS et al., 2007). Ao abordar o contexto em que vivem, torna-se visível a possibilidade de promoção de mudanças. Além disso, a comunicação com a pessoa idosa é importante para discussão das ferramentas existentes/reais para desenvolver tais mudanças.

A enfermeira deve indicar orientações de acordo com o perfil econômico da idosa, conhecendo as suas particularidades. Grupos de educação em saúde poderiam colaborar para que a enfermeira apropriar-se do contexto das pessoas atendidas. O contato com outros idosos poderia, também, favorecer que a idosa que referia dificuldade financeira encontrasse soluções através dos outros participantes, como por exemplo, locais com preços acessíveis das frutas e verduras. Portanto, nesses espaços, a enfermeira pode desempenhar a possibilidade de criar alternativas para os entraves socioeconômicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se dedicou a percepção da pessoa idosa sobre os cuidados da enfermeira na ESF. Esta percepção apresenta-se envolvida a partir das vivências entre a pessoa idosa e a enfermeira, em contexto prioritariamente vinculado ao controle das DCNT.

Há de se considerar que o perfil epidemiológico da população idosa brasileira é associado a prevalência de demandas de saúde associada aos quadros crônicos e de múltipla associação. As enfermeiras que oferecem cuidados a esse grupo etário precisam apropriar-se das demandas específicas que a pessoa idosa apresenta em seu cotidiano.

As percepções apresentadas demonstram aproximação da enfermeira com a pessoa idosa em seu contexto social, porém, pouco foi orientado sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças, designando a necessidade de remodelamento da rede de atenção à saúde da população idosa, visto que a ESF possui uma dimensão privilegiada pela sua conformação prática e teórica que valorizam essas modalidades do cuidado.

A ESF tem estabelecido, ao longo desses anos, melhorias no contexto de atenção à saúde da população, frente ao atendimento mais próximo e acessível à resolução de suas demandas. Entretanto, foi evidenciado que as consultas das enfermeiras da ESF apresentam caráter predominante do modelo hegemônico, que prevê condutas e práticas de afastamento das demandas subjetivas e utilização de protocolos normativos, em detrimento de ações fortalecidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, a partir das orientações ofertadas por essas profissionais.

Desse modo, apesar de desempenhar grandes melhorias na saúde da pessoa idosa, as orientações concentradas no modelo biomédico nas consultas da enfermeira à pessoa idosa devem se ampliar para além do corpo físico e patologias crônicas, sendo necessário a complementação de práticas cuidativas que esbocem melhorias da saúde, QV e fortalecimento do empoderamento ao cuidado de si, apoiado pela família e comunidade.

As relações interpessoais foram consideradas satisfatórias, pois, a enfermeira está promovendo o fortalecimento do vínculo, acolhimento e contribuindo para um cuidado mais próximo das demandas subjetivas da pessoa idosa. As ações de cuidado com ênfase nos aspectos biológicos foram centradas nas orientações e no acesso aos medicamentos. É fundamental empenho sobre as orientações para o tratamento não medicamentoso.

Os temas abordados nessa dissertação de mestrado perpassam pela visualização da pessoa idosa quanto à receptora dos cuidados prestados pela enfermeira. Traz um panorama de como essas profissionais estão cuidando da pessoa idosa, que apesar de apresentam

elementos significativos ao cuidado, não contemplam o cuidado centrado nas especificidades da pessoa idosa.

Desse modo, é imprescindível a sensibilização das enfermeiras atuantes na ESF de modo que possam atuar integralmente frente as demandas específicas da pessoa idosa, com priorização de abordagem holística e humanística, a fim de obtenção de QV aos anos vividos.

Os resultados apresentados remetem a necessidade de maior discussão sobre a saúde da população idosa nas universidades, para que as especificidades da deste segmento populacional sejam enfatizadas, como se faz comumente na atenção à criança e a mulher, de maneira que o profissional esteja capacitado a prestar um cuidado holístico na atenção a pessoa idosa, com destaque para a ESF.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 49, p. 313-324, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>.
- ALBERTI, Gabriela Fávero; ESPÍNDOLA, Roselaine Boscardin; CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins. The approach to the elderly in the family health strategy and the implications for nursing practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 695-702, mar. 2014. ISSN 2175-5361. Available from <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3118>>. access on 11 Jan. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i2.695-702>.
- ALMEIDA, Rita Tereza de; CIOSAK, Suely Itsuko. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? . **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 4, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400884&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400008>
- ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo de et al . Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.
- ASSIS, Mônica de; HARTZ, Zulmira M. A.; VALLA, Victor Vincent. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 557-581, Sept. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300010>.
- AZIZ, Marina Meneses; CALVO, Maria Cristina Marino; D'ORSI, Eleonora. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 52-64, Jan. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100006>.
- BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. **Envelhecendo em um país mais velho**: implicações do envelhecimento populacional sobre crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas e prestação de serviços. The World Bank. Washington, DC, USA, 2011. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BAHIA, **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. Available from http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_micro.asp?MICRO=Santo%20Ant%F4nio%20de%20Jesus. access on 10 set. 2014.

BAHIA, Santo Antônio de Jesus. **Dados Municipais Informações Geográficas**. Available from <http://www.santoantoniodesus.ba.io.org.br/informacoesGeograficas> access on 17 Mar. 2016

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso**. – Brasília , 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Available from <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. access on 15 Fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª Edição. Brasília: MS. 2011. Available from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> access on 5 Jan.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Available from <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. access on 15 Fev. 2016.

_____. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Resolução No 3, de 07 de novembro de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Nov 2001. Seção 1. p.37.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Available from <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABPBA.def>. Acesso em: 12 Dec. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. – CNES**. Available from <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=290750&NomeEstado=BAHIA>. access on 15 Out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Res. CNS 466/12. Available from http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm access on 10 Set. 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª Edição. Brasília: MS. 2011.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: _____. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata**, Carta de Otawa. Brasília: MS/Projeto Promoção da Saúde, 2001.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009**. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708.. access on 15 Out. 2014.

_____. **Primeiros dados do Censo 2010**. Dados: Santo Antônio da Jesus- Bahia. Available from <http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=29> access on 15 Out. de 2014.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**: Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Available from <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html> 2016 access on 13 jul de 2016.

_____. **Cidades@: Dados Básicos**. Disponível em: Available from <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=290750>>. access on 15 Out. 2014.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Available from http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. access on 15 Out. 2014. (2011b)

BURGESS, Caroline et al. Patients' perceptions of error in long-term illness care: qualitative study. **J Heal Serv Res Policy**. New York, v. 217, n. 3, p.181-7, 2012 Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22807556> access on 21 Feb. 2016. doi: 10.1258/jhsrp.2012.011122.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina.; FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CAMARGO, Itza Leiliana; CARO, Clara Virginia. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. **Av Enferm.** Provincia de Coclé, Panamá, v. 27, n. 1. 2009. Available from <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12954/13549> access on 7 de Jan. 2015.

CARVALHO, Andre Luis Menezes et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1885-1892, July 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700028>.

CARVALHO, Maristela Ferreira Catão et al . Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 4, p. 817-827, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400013>.

CARVALHO, Anderson Albuquerque de et al . Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1119-1130, Apr. 2013 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000025&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000025>.

CATRIB, Ana Maria Fontenelle; DIAS, Maria Socorro de Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque. Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. Campinas: **Saberes**; 2011. p. 45-63.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, 2011, vol.15, n.37, pp. 589-599. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=pt&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.

CINTRA, Fernanda Aparecida; GUARIENTO, Maria Elena; MIYASAKI, Lilian Akemi. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3507-3515, Nov. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900025&lng=en&nrm=iso>. access on 3 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900025>.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=pt&nrm=iso>. access on 22 Set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

CORREA, Leandro Quadro; ROMBALDI, Airton José; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Physical activity and male aging symptoms in a southern Brazilian population. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 228-231, Aug. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922011000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922011000400002>.

COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 1, e4550015, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100324&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Ari. 2016. Epub Apr 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>.

CRUZ, Reinan de Oliveira da; ARAÚJO et al. Perfil glicêmico em idosos de um asilo no município de Anápolis-GO. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. Goiás. v. 15, n. 3, p. 83-96. 2011 Available from <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26021120008>> access on 19 Jan. 2016.

DARDER, Juan José Tirado; CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo. La interface del cuidado de enfermería con las políticas de atención al anciano. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 5, p. 721-729, Oct. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500002>.

DEGANI, Gláucia Costa et al . Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 5, p. 759-765, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500759&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670513>.

DUCA, Giovâni Firpo Del et al . Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 7, July 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700019&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700019>.

FALCONE, Eliane Mary de Oliveira. Empatia: a sabedoria do vínculo afetivo e das relações sociais. In: **Anais do 2o Seminário Internacional de Habilidades Sociais**; 2009 jun 3-5; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009. p.5-14. Available from http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/ANAIS_II-SIHS2009.pdf access on 15 Fev. 2016

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 895 p

FELICIANO, Adriana Barbieri; MORAES, Suzana Alves de; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1575-1585, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

FERREIRA, Reginara Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 4, p. 815-826, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400815&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00160512>.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes et al . As diferenças de gênero na velhice. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, Aug. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400012>.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al . Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, Oct. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>.

FREITAS, Maria Célia de, QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélia Vieira de. The meaning of FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélia Vieira de. The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 2, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 2 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024> .

GALATO, Dayani; SILVA, Eduarda Souza da; TIBURCIO, Letícia de Souza. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, p. 2899-2905, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600027&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600027>.

GALLACHER, Katie; MAY, Carl; MONTORI, Victor. Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. **Ann Fam Med**. v. 9, n. 3, p.235-43, 2011. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090432/>>. access on 21 Mar. 2016. DOI:10.1370/afm.1249

GAMA, Laureline Casagrande da; BIASI, Luciana Spinato de; RUAS, Abrahão. Prevalência dos Fatores de Risco Para As Doenças Cardiovasculares em Pacientes da Rede SUS da UBS Progresso da Cidade de Erechim. **Perspectiva**, Erechim, v. 133, n. 36, p. 63-72. 2012.

Available from <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/133_251.pdf> access on 19 Jan. 2016.

GAUTERIO-ABREU, Daiane Porto et al . Pessoas idosas em atendimento ambulatorial: motivos que levam a adesão/não adesão aos medicamentos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 4, p. 1094-1103, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401094&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500002230014>.

GERALDO, Júnia Maria et al . Intervenção nutricional sobre medidas antropométricas e glicemia de jejum de pacientes diabéticos. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 21, n. 3, p. 329-340, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000300008>.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOETZ, Jennifer; KELTNER, Dacher; SIMON-THOMAS, Emiliana “Compassion: an evolutionary analysis and empirical review”. **Psychol Bull**, Washington v. 136, n. 3, p. 351-74, 2010. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864937/> access on 21 Feb. 2016. doi: 10.1037/a0018807.

GUARALDO, Lusiele et al. Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases. **BMC Geriatrics** 2011; v. 11, n. 79, Nov 2011. Available from <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22129458>>. access on 2 Jan. 2016.

KOLLER, Katalin; ROCKWOOD, Kenneth. Frailty in older adults: implications for end-of-life care. **Cleveland Clinic journal of medicine**, v. 80, n. 3, p. 168-174, 2013. Available from [http://www.ccjm.org/index.php?id=107953&tx_ttnews\[tt_news\]=368657&cHash=22af106897b06667c7e9aba5f7fd6fb7](http://www.ccjm.org/index.php?id=107953&tx_ttnews[tt_news]=368657&cHash=22af106897b06667c7e9aba5f7fd6fb7).> access on 4 Oct. 2015. doi:[10.3949/ccjm.80a.12100](https://doi.org/10.3949/ccjm.80a.12100)

KRUG, Rodrigo de Rosso; LOPES, Marize Amorim; MAZO, Giovana Zarpellon. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 57-64, Feb. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922015000100057&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1517-86922015210101673>.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 8a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.

HUENCHUAN, Sandra; RODRÍGUEZ-PIÑERO, Luis. Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - **División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe** (CEPAL). [on-line] Santiago de Chile: 2010. Available from http://www.inpea.net/images/envejecimiento_y_derechos_humanos.pdf> access on 14 Jan. 2016

LEAL, Erotildes Maria; SERPA JUNIOR, Octavio Domont de. Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2939-2948, Oct. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000018&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000018>.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al . Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 9, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000006&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000006>.

LOPES, Anderson Lemos et al. Motivos de ingresso e permanência de idosos em um programa de atividades aquáticas: um estudo longitudinal. **Rev. Educ. Fís. Paraná**. V. 25, n. 1, p. 23-32. 2014. Available from <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/20371>>access on 20 Jan. 2016.

LOPES, Andréia Aparecida Ferreira. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 486-500, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200486&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200008>.

LOYOLA FILHO, Antônio I de et al . Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 1, p. 89-99, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100012>.

MACINKO, James et al. The Influence of Hospital and Primary Care Supply on Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health**, 2011, Oct; 101(10):1963-70. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21330584>. access on 10 Dec. 2014. doi: 10.2105/AJPH.2010.198887.

MARQUES, Elizabete Inez Webbe; PETUCO, Vilma Madalosso; GONÇALVES, Carla Beatrice Crivellaro. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. **RBCEH**. v. 17, n. 2, p. 267-79, 2010. Available from <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/865/pdf>> access on 7 Abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.865>

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al . A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 300-304, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

21002014000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jan. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>.

MARTINS, Josiane de Jesus. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev. Eletr. Enf.** Goiás v. 9, n. 2. P. 443-56. 2007. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>> access on 15 Fev. 2016.

MATTIONI, Fernanda Carlise; BUDO, Maria de Lourdes Denardin; SCHIMITH, Maria Denise. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 4 Jan. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200007>.

MEIRELLES, Lyghia Maria Araújo. Estabilidade de medicamentos: estado da arte. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 11, n. 4, p. 06-26, dez. 2014. Available from <<https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/30909>>. Acesso em: 17 Mar. 2016.
doi:<http://dx.doi.org/10.5216/ref.v11i4.30909>.

MENDES, Eugênio Vilaça O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. 512 p.: il. Available from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf access on 4 Fev. 2016.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Out. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Available from <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf>. access on 23 Out. 2014.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **CEBES.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65. Set. 2003. Available from http://lcc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf >access on 17 Sept. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, Edgar Nunes de. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MORAES, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. 98 p.: il. Available from <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>> . access on 11 Oct. 2015.

MORAIS, Fernanda Rodrigues Chaves et al. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro. V. 19. n. 2, p. 305-10. 2011. Available from <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a22.pdf>> access on 11 Fev. 2016.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima; MORAES, José Rodrigo de; LUIZ, Ronir Raggio. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 62-72, Jan. 2013 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>.

MORSCH, Patricia et al . Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 5, p. 1025-1034, May 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500014&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/01021-311X00053014>.

MOSCHNY, Anna et al. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. **Int J Behav Nutr Phys Activity**. v. 8, n 121, 2011. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22047024>> access on 20 Jan. 2016. doi: 10.1186/1479-5868-8-121.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400017>.

MUNGER, Mark A.; VAN TASSELL, Benjamin W.; LAFLEUR, Joanne. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. **Medscape general medicine**, v. 9, n. 3, p. 58, 2007. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2100116/> >. access on 13 Jun. 2016.

NASCIMENTO, Clarissa de Matos et al. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.21, n. 2, p. 174-180, 2011. Available from <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/367/353>>. access on 20 out. 2014.

NASRI, Fábio. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein. São Paulo, v. 6, sup11), p. S4-S6, 2008. Available from <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>. access on 20 Out. 2014.

OLIVEIRA, Célida Juliana de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Rene** Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010. Available from http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a08v11n1.htm> access on 19 Jan. 2016.

OLIVEIRA, Amanda Maria Souza de; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.513-518. jul./ago. 2014. Available from <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a13.pdf> access on 15 Nov. 2015.

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane; CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues; RODRIGUES NETO, João Felício. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Montes Claros (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700064&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700064>.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300032>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. access on 4 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PANIZ, Vera Maria Vieira et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1163-1174, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600010&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010>.

PEDERSEN, Bente Klarlund et al. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. **Scand J Med Sci Sports**. v. 16, n. 3, p. 63. 2006. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16451303>> access on 24 Jan. 2016. DOI: 10.1111/j.1600-0838.2006.00520.x

PINHEIRO, Gleide Magali Lemos; ALVAREZ, Angela Maria; PIRES, Denise Elvira Pires de. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Aug. 2012. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800021>.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7° ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROCHET, Teresa Cristina et al . Affection in elderly care from the nurses' perspective. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 96-102, Feb. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100013>.

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Qualified listening and social management among health professionals. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe2, p. 61-67, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900010&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010>.

REICHERT, Felipe F. et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American journal of public health**, v. 97, n. 3, p. 515-519, 2007. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267731>> access on 20 Jan. 2016. DOI:10.2105/AJPH.2005.070144

ROCHA, Francisca Cecília Viana; CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; CALDAS, Célia Pereira. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2): 186-91. Available from< <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf> access on 14 Jan. 2015.

SANTOS, Silvia Maria dos. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 105-111, 2015. Available from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00105.pdf> . access on 08 Fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000680013>

SARNO, Flavio et al . Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 3, p. 571-578, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

SCHMIDT; Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, Reino Unido v. 377, n. 9781, 1949-61.2011; Available from [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract)> access on 19 Mar. 2016
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)

SILVA, Fabíola Vlândia Freire da; SILVA, Lúcia de Fátima; RABELO, Ana Cleide Silva. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. **Aquichan.**, v. 15, n. 1, p. 116-128, 2015. Available from <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a11.pdf> > access on 4 Oct. 2015. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.11

SILVA, Gilmar de Oliveira Barros et al. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 386-395,

June 2012 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jun. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200016>SILVA, Kelly Maciel; AZEVEDO,

SOUSA, Leilane Barbosa de et al. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008; 16:107-112.

Available from <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a17.pdf> access on 07 Dec. 2014

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; GARNELO, Luíza. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s91-s99, Jan.

2008 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300014&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Oct. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300014>.

SOUZA, Doralice Lange de; VENDRUSCULO, Rosecler. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto "Sem Fronteiras". **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 95-105, 2010.

SOARES, Thays Soliman et al . Hábitos Alimentares, Atividade Física e Escore de Risco Global de Framingham na Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 102, n. 4, p. 374-382, Apr. 2014 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2016. Epub Feb 17, 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140029>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** 2010; 95 (1 supl.1):1-51. Available from

<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> access on 11 Oct. 2015.

STARFIELD, Barbara. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. **Prim Health Care Res Dev.** v. 12, n. 1, p. 1-2, 2011. Available from

<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/S1463423610000484>> <http://doi:10.1017/S1463423610000484>

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 211-8, 2011.

Available from https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/pdf/v13n2a07.pdf > access on 7 Abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10876>

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida; MUNARI, Denize Bouttelet. Quality of life of the elderly and participation in group educational activities. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 601-606, 2012 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400019&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Fev. 2016. Epub July 31, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012005000019>.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 134-141, 2016. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690118i>.> access on 4 Oct. 2015.

VELLO, Lais Soares et al . Salud del anciano: percepciones relacionadas con el atendimento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200330&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140048>.

VERAS, Renato Peixoto. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 548-554, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. access on 5 Jan. 2016. Epub Apr 17, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

VERAS, Renato Peixoto. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Jan. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413- access on 20 out. 2014.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 3, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.

WALDOW, Vera Regina; FENSTERSEIFER, Lísia Mari. Saberes da Enfermagem – a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 629-632, jul./set. 2011. Available from <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a27v15n3.pdf>>. access on 27 out. 2014.

_____. **Cuidar**: Expressão humanizadora da enfermagem. 2. Ed. -Petrópolis, (RJ): Vozes, 2007.

_____. **Estratégias de ensino na enfermagem**: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.

WANG, Xia et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. **BMJ**; v. 349, p:1-14. 2014 Available from <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4490>> access on 24 Jan. 2016.

doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4490>

WATSON, Jean. **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem.** Lusociência, 2002.

WILLIAMS, Summer; HASKARD, Kelly; DIMATTEO, Robin. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. **Clin Interv Aging.** Estados Unidos, v. 2, n. 3, p. 453-467. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685265/>

WITT, Regina Rigatto et al . Professional competencies in primary health care for attending to older adults. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 1020-1025, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601020&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Feb 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700009>.

WHO. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva; 2010. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf> access on 12 Jan. 2016.

WHO. World Health Organization. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas.** Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2008 Available from< <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>. access on 10 Set. 2014.

ZATTAR, Luciana Carmen et al . Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, p. 507-521, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700009&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700009>.

ZHAO, Der et al. Dietary factors associated with hypertension. **Nat Rev Cardiol.** China, v. 8, n. 8, p. 456-65. Available from <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727918>> access on 12 Jan. 2016. DOI:10.1038/nrcardio.2011.75

APÊNDICE – A

ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Salvador, 22 de dezembro de 2014

Ilma. Sra.

Tatiana Santos de Almeida

Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus

Eu, Aline Magalhães Bessa Andrade, mestranda de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho através desta solicitar autorização para coleta de dados da pesquisa “A percepção da pessoa idosa sobre o cuidado da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família” sob orientação da Prof^a Dr^a Tânia Maria de Oliva Menezes. A coleta de dados se dará em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um Projeto de Pesquisa de Mestrado, que objetiva conhecer a percepção da pessoa idosa frente ao cuidado ofertado pela enfermeira. Esclareço que, de acordo com as normas do CONEP, me comprometo a apresentar a Vossa Sra. o parecer de aprovação do CEP para iniciar a coleta de dados. Informo ainda que, de acordo com essas normas, caso a Vossa Sra. concorde autorizar a coleta de dados, deverá assinar e carimbar com a função/cargo exercido.

Estando certa do entendimento por parte da Vossa Sra., agradeço desde já a colaboração.

Cordialmente

Aline Magalhães Bessa Andrade

APÊNDICE – B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa:

Percepção da pessoa idosa sobre o cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família.

Apresentação do estudo:

O aumento do número de idosos no Brasil tem gerado um maior uso dos serviços de saúde por esse público específico. Nesse sentido é importante que os serviços consigam oferecer um atendimento de qualidade e que tenha foco na prevenção de doenças. Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apontada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa como necessidade prática para melhorar a assistência e promoção da autonomia e a independência das pessoas idosas, sendo a enfermeira uma das profissionais que compõe a equipe atuante nesse ambiente e tem responsabilidade em realizar a consulta de enfermagem através de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. O estudo objetiva compreender como as pessoas idosas percebem a cuidado prestado pela enfermeira na ESF.

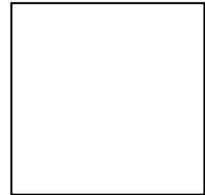
Assim, convido o Sr.(a) a participar desta pesquisa, fornecendo informações através de uma entrevista e que não determinará qualquer risco no que diz respeito à sua integridade física e moral. No entanto, se o(a) senhor(a) sentir desconforto psicológico, moral, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e, eu imediatamente acatarei a sua decisão. Ao mesmo tempo em que, caso eu perceba tais desconfortos, também discutirei com o(a) senhor (a) sobre a sua saída da pesquisa, se assim for sua vontade. Sua participação é voluntária, não existindo despesas ou compensações pessoais. Caso aceite participar, poderá interromper a entrevista, se assim desejar, bem como retirar o consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isso implique em qualquer prejuízo a seu atendimento nesta unidade, ou em qualquer outra modalidade de assistência. A entrevista será marcada de acordo com a sua disponibilidade e realizada com privacidade, garantindo o sigilo de todas as informações fornecidas pelo Sr. (a), as quais serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgada as suas identificações. A entrevista será gravada, e após o término o Sr.(a) poderá ouvi-la e fazer qualquer alteração nas suas falas, se julgar necessário. O Sr.(a) poderá solicitar, em qualquer etapa do estudo esclarecimento de eventuais dúvidas. Esse esclarecimento poderá ser realizado por contato com a responsável por esse estudo. Além dos esclarecimentos, o Sr.(a) também têm o direito de ser mantido atualizado

sobre os resultados parciais da pesquisa, se assim o desejar. Comprometo-me a utilizar as informações fornecidas apenas para pesquisa, e a divulgar os resultados através de artigos científicos e congressos, nunca tornando possível a sua identificação. Embora sua participação não traga qualquer benefício direto, proporcionará uma melhor compreensão a acerca da sua percepção enquanto pessoa idosa, que é assistida por meio de consulta de enfermagem em uma ESF, possibilitando uma melhoria na assistência à saúde da pessoa idosa.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Consentimento Pós-Informação

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos da pesquisa intitulada “Percepção da pessoa idosa sobre o cuidado da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações sobre a mesma e de que todas as informações a meu respeito serão sigilosas. Estou ciente de que não serei exposta(o) a riscos físicos ou morais e que, caso sinta desconforto psicológico, moral, social, cultural ou espiritual, poderei a qualquer momento interromper minha participação no estudo, sem nenhum prejuízo para mim, assim como estou certo(a) de que não haverá nenhum prejuízo. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa e terei a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização da mesma. Assim sendo, autorizo a utilização e divulgação das informações colhidas na minha participação nesta pesquisa. Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos, devo ligar para Aline Magalhães Bessa Andrade, pelo telefone: (71) 88768296. Diante do exposto, concordo voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Salvador, ____/____/____



Nome por extenso: _____

Assinatura: _____ Impressão digital

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

 Aline Magalhães Bessa Andrade
 Pesquisadora Responsável

 Prof^a Dr^a Tânia Maria de Oliva Menezes
 Pesquisadora Orientadora

APÊNDICE –C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DEPOIMENTOS

I – IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais do nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Renda: menos de 200 reais; até 800 reais; até 1000; mais de 1500;

Aposentado: Sim () Não ()

Provedor (a) familiar: Sim () Não ()

Profissão/ocupação: _____

Situação conjugal: _____

Filhos: Sim () Não () Quantidade _____

Tempo que frequenta a unidade: _____

Com quem reside: _____

Problemas de saúde: Sim () Não () Quais: _____ Diagnóstico:

Uso de medicamentos: Sim () Não () Em caso afirmativo, quais utiliza? _____

Frequência de consulta de enfermagem por ano: _____

Quem o (a) acompanha na consulta? _____

II – QUESTÕES NORTEADORAS

1. Que mudanças ocorreram na sua vida depois que o (a) Sr. (a) iniciou o atendimento com a enfermeira da unidade?
2. Quais as orientações que o (a) Sr. (a) recebe nas consultas com a enfermeira?
3. O (a) Sr. (a) procura a enfermeira para atendimento antes do prazo estabelecido para a consulta? Em caso afirmativo, comente.
4. O que o (a) Sr. (a) acha do cuidado recebido pela enfermeira da unidade?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA PESSOA IDOSA SOBRE O CUIDADO DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Aline Magalhães Bessa Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44398415.1.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.182.034

Data da Relatoria: 03/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de dissertação de mestrado, no Programa de Pós graduação em Enfermagem, na linha do Cuidado no processo de desenvolvimento humano. Está sob orientação da Professora Tania Oliva Menezes.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo objetiva compreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado prestado pela enfermeira da ESF a partir das 7 unidades do Distrito três do Município de Santo Antonio de Jesus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Essa pesquisa não determinará risco no que diz respeito à sua integridade física, todavia aponta para a possibilidade de ocorrência de angústia, ansiedade e desconforto psicológico, moral, social, cultural ou espiritual, assim como quais serão as estratégias de enfrentamento caso ocorram: desistir de participar da pesquisa ou reagendar a entrevista.

Embora sua participação não traga qualquer benefício direto, proporcionará uma melhor compreensão acerca da sua percepção enquanto pessoa idosa, que é assistida por meio de consulta de enfermagem na ESF, possibilitando a melhoria na assistência à saúde da pessoa idosa.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Continuação do Parecer: 1.182.034

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática é relevante, pertinente ao panorama atual de atenção a saúde, poderá trazer contribuições importantes para o campo de estudo. A metodologia escolhida é pertinente ao objetivo proposto. O estudo poderá contribuir na diminuição da lacuna sobre o cuidado prestado pela enfermeira as pessoas idosas na ESF, apontar para a construção de estratégias, por parte destas, para colaborar com a melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa e fortalecimento da ESF no município escolhido como lócus de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos solicitados, mas deve revisar parte da documentação.

No TCLE apresentado as autoras não falam sobre as consultas em prontuário que serão realizadas, a finalidade acadêmica da pesquisa e a orientação não aparecem no corpo do texto, apenas na parte final do documento para assinatura. Não cita o vínculo com a pós-graduação da Escola de Enfermagem.

No termo de confidencialidade, as autoras não citam a consulta aos prontuários dos idosos.

A solicitação de campo está sem a assinatura das pesquisadoras.

Recomendações:

- Descrever como será operacionalizada a avaliação da função cognitiva do idoso;
- Fazer ajustes no cronograma apresentado.
- Observar as considerações sobre acesso ao prontuário no TCLE;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o PARECER DE APROVAÇÃO emitido pelo relator. e recomenda a

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.182.034

pesquisadora: Observar as considerações sobre o acesso a prontuários no TCLE;

SALVADOR, 12 de Agosto de 2015

Assinado por:
Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br