

HORÁCIO PIRES MEDEIROS

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE IDOSOS E FAMILIARES NO  
CONTEXTO AMAZÔNICO COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE  
TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem: Área de Concentração: Enfermagem no contexto amazônico.

Orientadora: Prof. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Co-Orientadora: Prof. Dra. Sandra Helena Isse Polaro

**Belém**

**2014**

HORÁCIO PIRES MEDEIROS

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE IDOSOS E FAMILIARES NO  
CONTEXTO AMAZÔNICO COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE  
TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL**

**Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela  
Banca Examinadora para obtenção do título de:**

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

**E aprovada em 08 de Abril de 2014, atendendo as normas da  
legislação vigente da Universidade Federal do Pará, Programa de  
Pós Graduação em Enfermagem – Área de Concentração:  
Enfermagem no Contexto Amazônico.**

---

**Dr<sup>a</sup> Marília de Fátima Oliveira  
Coordenadora do Programa**

**Banca Examinadora:**

---

**Dr<sup>a</sup>. Lúcia Hisako Takase Gonçalves  
Orientadora – UFPA**

---

**Dr<sup>a</sup>. Jacira Nunes Carvalho  
Membro – UEPA**

---

**Dr<sup>a</sup>. Elisa da Silva Feitosa  
Membro - FAPAm**

---

**Dr<sup>a</sup>. Maria Izabel Penha de Oliveira Santos  
Suplente – UEPA**

---

**Dr<sup>a</sup>. Sandra Helena Isse Polaro  
Suplente – UFPA**

AO MEU PAI, IDOSO QUE ME ENSINA A CADA DIA A VIVENCIAR UM CUIDADO HUMANO E SENSÍVEL COM OS IDOSOS, EXIGINDO AMOR E CARINHO.

À MINHA GRANDE MÃE, SÍMBOLO DE CORAGEM E PERSISTÊNCIA NA VIDA, QUE ENSINOU OS PRIMEIROS PASSOS E SEMPRE ACREDITOU EM MIM.

À MINHA MÃE ACADÊMICA, POR TER ME APOIADO SEMPRE EM MINHA DECISÕES E NÃO TER MEDIDO ESFORÇOS PARA ESTAR DO MEU LADO ME AJUDANDO.

À MINHA COMADRE, QUE ESTEVE COMIGO EM MOMENTOS DIFÍCEIS E ME AJUDOU A PENSAR NUM FUTURO SEGURO.

AOS MEUS IDOSOS, QUE DEIXARAM SUA VIDA E SEUS MOMENTOS SEREM TRANSCRITOS NESSE TRABALHO.

## AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus, alfa e ômega do existir, que constituiu todas as coisas do mundo. Que me deu forças e fé para continuar até o final. Deu-me o sopro da vida e no sopro da vida me trouxe a felicidade. Essa força mágica que une e transforma cada ser vivo, é Ele próprio.
- Aos meus pais, por terem me dado a beleza da vida, os primeiros ensinamentos, os primeiros passos trilhados e por mostrar que a vida vai muito além. Estão ao meu lado até hoje e podem permanecer até a eternidade.
- À Elizabeth Teixeira, minha mãe acadêmica e protetora que fez do seu coração a janela para a minha jornada. Pelas suas orientações, puxões de orelha e amizade sincera. Pelo companheirismo e pela dedicação. Obrigado!
- Ao amor que vive no coração, que sem pedir licença muda a minha vida e me convida para um existir diferente. Que me proporciona momentos de auto-conhecimento e de transformação do EU.
- À Camila Rodrigues, minha comadre e companheira fidedigna, que esteve acompanhando meus passos nesta jornada, ao meu lado, vendo meus anseios e desafios. Obrigado por toda a ajuda.
- Aos meus irmãos, Reginaldo e Julieta, pela acolhida inicial em Belém, obrigado por toda a ajuda recebida.
- À minha orientadora, Lúcia Takase, pelas novas maneiras de me fazer pensar pesquisa e pelo aceite em orientar este trabalho com todos os desafios vividos.
- À minha co-orientadora, Sandra Helena, pelas valiosas contribuições dadas desde o início, e por ter seguido até o final.
- À minha querida professora Jacira Nunes, representando todos os meus mestres durante o mestrado, seus ensinamentos e a sua 'simplicidade' me encantaram. Obrigado pela acolhida.
- À coordenação deste programa, por todos os pedidos atendidos e pela ajuda recebida em todos os momentos necessários.
- À CAPES, pela ajuda financeira cedida durante esta jornada.

- À Andréa Leal, pela oportunidade de conhecer novos rumos profissionais. Obrigado pelo carinho e confiança.
- Ao amigo André Machado, por ter sido presente nos primeiros passos desta caminhada e sempre enviar energias positivas, apesar da distância.
- Aos amigos de Santarém, Paula, Larissa, Natássya, Isabela e Ana Paula, por toda a força dada nos trabalhos em Alter-do-Chão e pela amizade preservada mesmo à distância.
- Aos amigos de Belém, por me acolherem nessa cidade das mangueiras e ver a canoa descer o rio rumo ao novo horizonte.
- Ao meu padrinho José Ronaldo, pela acolhida em Santarém nos meses de trabalho. Muito obrigado!
- Aos idosos-membros do grupo de convivência de Alter-do-Chão, pela acolhida e entusiasmo em participar dos encontros. Seus conhecimentos e ensinamentos estão nas páginas desta dissertação!
- Finalmente, à minha Luz interior, que me preserva e mantém firme o meu pensamento.

"Nesse Rio que é minha rua,  
vou vivendo e cantando com  
meus medos bobos e  
coragens absurdas,  
seguindo sem ter a  
vergonha de ser um eterno  
aprendiz".

Parafrazeando  
Clarice Lispector,  
Paulo André & Rui Barata e  
Gonzaguinha

MEDEIROS, Horácio Pires. **Condições de vida e saúde de idosos e familiares no contexto amazônico com vistas ao desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional**. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

**Linha de Pesquisa:** Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo realizar avaliação diagnóstica das condições de vida e saúde de idosos e de seus familiares (potenciais cuidadores) atendidos pela equipe da ESF de Alter-do-Chão, Santarém-PA visando o desenvolvimento inicial da tecnologia cuidativo-educacional de atenção básica de saúde. Utilizou-se a abordagem metodológica mista sequenciada iniciando com levantamento de dados e posteriormente a pesquisa convergente assistencial. Quanto à avaliação diagnóstica os resultados da presente pesquisa mostraram que as condições de vida e saúde de idosos e de seus familiares, atendidos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, convivem com afecções crônicas, apresentam determinadas condições de vida e saúde que exigem atenção e acompanhamento e, na unidade familiar, declaram haver boa funcionalidade familiar da óptica dos idosos, porém há de se considerar com atenção especial àqueles familiares, principalmente mulheres, potenciais cuidadoras de idosos, pois já demonstraram razoável índice de qualidade de vida. Quanto ao desenvolvimento inicial da tecnologia, os resultados mostraram sobre a importância de tecnologias educacionais em atenção básica é inovadora e os profissionais merecem ser capacitados, pois o enfermeiro é ainda formado e ‘treinado’ para resolver problemas no âmbito da gestão de unidades de serviço do que no gerenciamento do cuidado de enfermagem propriamente dito e muito menos na perspectiva da educação em saúde. Conclui-se que o agir educativo desenvolvendo tecnologias cuidativo-educacionais segundo demandas da população idosa, usuária da atenção básica de saúde, configura-se em um grande desafio para a gerência do cuidar em enfermagem.

**Palavras-Chave:** Idoso; Familiares; Tecnologias cuidativo-educacional; Enfermagem.

MEDEIROS, Horácio Pires. **Living conditions and health of elderly and family members in Amazonian context with a view to developing care-educational technology.** 2014. 106f. Dissertation (Master of Nursing) – Postgraduate Course in Nursing, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

### **ABSTRACT**

This study aims to perform diagnostic evaluation of living conditions and health of the elderly and their families (potential caregivers) served by the FHS team Alter-do-Chão, Santarém-PA targeting the initial development of educational technology care-attention Ladies of Saud. We used a mixed methodological approach sequenced starting with data collection and subsequently the convergent analysis. As for the diagnostic evaluation results of this research show that the conditions of life and health of the elderly and their families served by the Family Health Strategy team, living with chronic conditions, have certain conditions of life and health that require attention and monitoring and, in the family unit, family claim to have good functionality of the optical elderly, but it should be considered with special attention to those families, especially women, potential caretakers of elderly, as already demonstrated a reasonable level of quality of life. As for the initial development of the technology, the results showed the importance of educational technology in primary care is innovative and professionals deserve to be trained because the nurse is still formed and 'trained' to solve problems in the management of units of service in the management of nursing care itself, much less the perspective of health education. It is concluded that the educational demands of the second act developing elderly population who use the basic health care, is configured in a challenge to the management of nursing care care-educational technologies.

Key-words: Elderly; Family; care-educational technologies; Nursing.

MEDEIROS, Horácio Pires. **Las condiciones de vida y salud de las personas mayores y miembros de la familia en contexto amazónico, con miras a desarrollar y utilizar tecnología cuidativo-educativo.** 2014. 106f. Dissertación (Maestría en Enfermería – Posgrado em Enfermería, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo llevar a cabo la evaluación de diagnóstico de las condiciones de vida y la salud de las personas mayores y sus familiares (cuidadores potenciales) servido por el equipo de FHS Alter-do-Chão, Santarém-PA objetivo el desarrollo inicial de la tecnología educativa Ladies cuidativo-atención de los Saud. Se utilizó un enfoque metodológico mixto secuenciado a partir de la recopilación de datos y, posteriormente, el análisis convergente. La evaluación diagnóstica de los resultados de esta investigación muestran Que las condiciones de vida y la salud de las personas mayores y sus familias atendidas por el equipo de Salud de la Familia, que vive con enfermedades crónicas, tienen ciertas condiciones de vida y la salud Que requieren una atención y seguimiento y, en la unidad familiar, la afirmación de la familia para tener una buena funcionalidad óptica de los ancianos, pero se debe considerar con especial atención a las familias, especialmente las mujeres, los potenciales cuidadores de ancianos, ya se ha demostrado un nivel razonable de calidad de vida. El para el desarrollo inicial de la tecnología, los resultados demuestran la importancia de la tecnología educativa en la atención primaria es innovador y profesionales merecen ser entrenado porque la enfermera todavía se forma y 'entrenado' para resolver los problemas en la gestión de las unidades de servicio en el la gestión de la propia atención de enfermería, y mucho menos la perspectiva de la educación para la salud. Se concluye que las demandas educativas del segundo acto Desarrollar población de edad avanzada que usan la atención básica de la salud, se configura en un desafío para la gestión de las tecnologías de cuidativo educativo de atención de enfermería.

**Palavras-Clave:** Ancianos; familia; tecnologías cuidativo educativa; Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo do Sol Nascente .....	32
Figura 2 - PCA: movimentos de aproximação, distanciamento e convergência da pesquisa e da prática, formando espaços de superposição destas atividades. ....	36
Figura 3 - Localização de Santarém no Estado do Pará .....	37
Figura 4 - Localização de Alter-do-Chão dentro do município de Santarém.....	39
Quadro 1 - Síntese dos encontros grupais de desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional junto a idosos de Alter do Chão, abril-jun. 2013.....	62

## LISTA DE SIGLAS

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
DM - Diabetes Mellitus  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
HA - Hipertensão Arterial  
HIPERDIA - Programa de Hipertensos e Diabéticos  
ILPI - Instituições de Longa Permanência  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PCA - Pesquisa Convergente-Assistencial  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNI - Política Nacional do Idoso  
QPFC - Questionário de perfil da família cuidadora  
QPFC - Questionário de Perfil da Família Cuidadora  
QV - Qualidade de Vida  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TDUCC - Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural ()  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UEPA - Universidade do Estado do Pará  
UFPA - Universidade Federal do Pará

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Dados sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde dos idosos de Alter-do-chão, Santarém, PA, 2012.....	47
TABELA 2 – Avaliação da dinâmica de família, segundo o APGAR, da óptica dos idosos de Alter-do-Chão, Santarém, PA, 2012.....	53
TABELA 3 – Dados sócio-demográficos, hábitos de vida e condições de saúde dos familiares dos idosos de Alter-do-Chão, segundo gênero,Santarém,PA, 2012.....	54

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1. Apresentando o tema e problemática.....	15
1.2. Objetivos.....	19
1.3 Justificativa e relevância.....	19
<b>2 ESTRUTURA TEÓRICO-CONCEITUAL</b> .....	23
2.1. Envelhecimento humano - dimensão bio-social e política.....	23
2.2 Dimensão tecnológica do agir do enfermeiro:tecnologia cuidativo-educativa.....	27
2.3 Dimensão teórica do cuidar: teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de leininger.....	30
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	35
3.1 Abordagem do estudo.....	35
3.2 Contexto do estudo.....	37
3.3 População alvo, amostra e período de realização do trabalho de campo.....	40
3.4. Coleta e análise dos dados.....	40
3.5 Aspectos éticos do estudo.....	41
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	44
4.1 Conhecendo os idosos amazônidas de alter-do-chão.....	47
4.2 Conhecendo os familiares (potenciais cuidadores) dos idosos e suas condições de vida e saúde.....	53
4.3 Testagem da tecnologia cuidativo-educacional de atenção básica de saúde voltada ao bem viver de um grupo de idosos de Alter-do-chão.....	59
4.3.1 Os encontros em grupos de convergência.....	60
4.3.2 Algumas incursões conceituais e metodológicas no conteúdo dialógico dos idosos.....	64
<b>5 CONSIDERACOES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
<b>APÊNDICES</b> .....	85
<b>ANEXOS</b> .....	88

# *Capítulo 1*

---

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Apresentação do tema e problemática

A temática de saúde do idoso, objeto de estudo dessa dissertação, parte da premissa que os idosos vivenciam uma etapa da vida em que o ser humano tem características tão peculiares que exigem atenção especial por parte dos profissionais da saúde e da sociedade em geral. A velhice deve ser entendida do ponto de vista cultural e social, e não apenas do biológico. Enquanto última etapa do ciclo vital é hoje vivenciada por milhões de pessoas no mundo todo, favorecida pelo desenvolvimento socioeconômico, cultural e tecnológico da sociedade. E, como os outros países do mundo, o Brasil também tem um significativo aumento do número de idosos e da longevidade (PASCHOAL, 2010).

O mundo vive um momento em que há um crescimento da população idosa (OMS, 2005), e no caso do Brasil, tal crescimento tem ocorrido de maneira acelerada, numa perspectiva geométrica, o que indica para as autoridades governamentais a necessidade de uma decisiva política pública e previdenciária adequadas à situação que se avizinha.

O censo demográfico do Brasil de 2000 revelou uma população idosa no país de 14,5 milhões de indivíduos, representando 8,6% da população total; já em 2010 esse número passou para 20,4 milhões, representando 10,5% da população total (BRASIL-IBGE, 2010). A expectativa para o ano 2025 é em torno de 33,4 milhões de idosos (OMS, 2005).

A população idosa do Pará é de 534.461 habitantes, tendo uma expectativa de vida de mais 20,6 anos de vida para aqueles que atingiram 60 anos de idade no ano 2010 (BRASIL-IBGE, 2010).

O envelhecimento das pessoas provoca mudanças de foco, mormente no setor da saúde, dado o predomínio de doenças crônicas e condições de cronicidade. Em menos de trinta anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias característico de população jovem, para um perfil de enfermidades complexas e onerosas, características das idades mais avançadas, as doenças crônico não-transmissíveis (BRASIL-IBGE, 2010; CALDAS, 2012).

A saúde do idoso é definida como uma das prioridades no Pacto pela Vida no Sistema Único de Saúde (SUS), que incorpora como principais objetivos: acolher o usuário idoso e a família de forma específica, implantar instrumentos para avaliação do usuário, promover a educação permanente dos profissionais na área, fortalecer a participação social, estimular as ações Inter setoriais com vistas a integralidade da atenção, implantar serviços de assistência domiciliar e apoio ao desenvolvimento de pesquisas, visando assim, a melhor assistência à essa população. No entanto, o SUS tem que criar estratégias para a implementação plena das políticas de atenção em saúde, oferecendo um atendimento mais eficaz e de qualidade, proporcionando a esta clientela atendimento que promova inclusão social, bem como a formação de redes sociais de apoio entre idosos com a colaboração da equipe de saúde.

Segundo Veras (2012), é necessário que a organização dos serviços de saúde, no que tange à população idosa, seja (re)pensada com base nos perfis demográfico e epidemiológico; o autor afirma que a prevenção, manutenção, independência, autonomia e retardamento de doenças serão os grandes desafios das políticas de saúde brasileiras dos próximos anos. Dessa forma, políticas sociais e de saúde, precisam levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional dos seus idosos. Por outro lado, os idosos por apresentarem maior carga de doenças e incapacidades, necessitam mais dos serviços sociais e de saúde do que os jovens.

Há que se considerar, também, a questão da cronicidade crescente das doenças cardiovasculares, diabetes, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica. De cada 10 idosos brasileiros, pelo menos 8 sofrem de algum tipo de afecção crônica. Quando o estado de cronicidade surge, não regride, e então, há que se buscar atingir um melhor viver possível adotando-se hábitos de vida que permitam enfrentamentos favoráveis às circunstâncias particulares vividas de saúde-doença (VERAS, 2011).

Ressalta-se que do número total de idosos em situação de cronicidade, 90% estão nos níveis iniciais da hierarquização de cuidados, aqui entendidos como a porta de entrada do sistema (SUS), requerendo cadastramento e acolhimento em unidades básicas, ambulatórios e centros de convivência (VERAS, 2011). É no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) que os idosos se concentram e demandam cuidados e práticas inovadoras, que precisam abranger também a

família e a comunidade circundante. A ESF é um suporte ao usuário idoso em situação de cronicidade e sua família, o que faz com que o cuidado no âmbito familiar seja valorizado por toda a equipe de saúde (CARREIRA, 2006).

Meu contato com o tema saúde do idoso iniciou na graduação, ao envolver-me no projeto de extensão “Agita Santarém”, voltado para atividades de saúde e lazer com grupos de idosos, desenvolvido pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) no Campus XII em Santarém. Desde então, passei a me interessar pela temática e estudá-la mais intensamente.

No último ano do curso de graduação, para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), optei por estudar as representações sociais dos idosos atendidos no Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) de Santarém sobre qualidade de vida na velhice e cuidado de si. Nesse estudo, concluí que as representações sociais dos idosos estruturam-se em torno de suas práticas, hábitos e costumes, adquiridos e/ou transformados nas rodas de conversa que acontecem no cotidiano da vida e nas reuniões do grupo do HIPERDIA. As representações se alicerçam nos conhecimentos veiculados pelos profissionais entre os idosos e tem como conteúdo ações de cuidado, hábitos e costumes.

Dessa forma, pude concluir que é importante que o enfermeiro se aproxime do conhecimento cotidiano dos idosos, para que sejam (re)criadas, (re)pensadas e (re)caracterizadas as formas de cuidar-educar. Também concluí que o cuidado de enfermagem poderia ser holístico, pensado para e com o cliente, levando em conta seus saberes e o mundo que lhe é peculiar.

Concomitante a conclusão do curso de graduação iniciei o processo seletivo para o Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Pará (UFPA), e manifestei intenção de avançar nos estudos sobre a saúde do idoso na cidade de Santarém.

Após a aprovação no mestrado, inseri-me em um projeto de pesquisa aprovado no Edital Universal 2011, do Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa (CNPq), intitulado *Idosos de comunidades periféricas da região amazônica: cuidados da vida e saúde, cidadania e inclusão social no processo de envelhecimento*. Ao me inserir no projeto, previsto para ser realizado em seis

municípios do Pará, optei pelo município de Santarém. O projeto tem como objetivos:

a) Desenvolver uma avaliação diagnóstica do contexto de atenção da população idosa nas Unidades de Saúde/Saúde da Família de comunidades periféricas dos municípios de Belém, Santarém, Marabá, Benevides, Breves e Bragança acerca da vida e saúde dos idosos e suas famílias;

b) Desenvolver/testar/avaliar, com base na avaliação diagnóstica específica a cada contexto cultural ecosociogeográfico, tecnologias cuidativo-educativas de atenção básica de saúde voltada ao bem viver das pessoas idosas em seu curso do envelhecimento e de suas respectivas famílias na função de cuidadoras;

c) Propor o desenvolvimento de programas de práticas pedagógicas específicas atinentes às necessidades prioritárias de educação continuada da equipe de enfermagem a cada contexto sociogeográfico particular estudado.

Para a presente dissertação de mestrado, busquei contemplar os objetivos “a” e “b”, no contexto do município de Santarém, mais especificamente no distrito de Alter-do-Chão. O distrito é habitado, em sua maioria, por descendentes de nativos Borari, um povo pacato e hospitaleiro que tem descendência de índios da região. Seus modos de vida são ainda bem típicos das populações amazônicas que utilizam a natureza para a sobrevivência e levam uma vida mais simples. Esse distrito, nas últimas décadas, vem sofrendo muitas transformações, pois vem recebendo um grande número de turistas, vindos do mundo inteiro, e por conta disso, vem obtendo repercussão regional, nacional e internacional. O que promove tais transformações no distrito está relacionado a dois aspectos: o primeiro é o reconhecimento do distrito como tendo uma das praias mais bonitas do Brasil; o segundo é a divulgação na mídia do festival dos botos que acontece uma vez ao ano, no mês de setembro.

A comunidade local, que antes vivia essencialmente da pesca e da agricultura, começa a ter outras fontes de renda; uns vendem serviços para quem chega, outros passam há ficar mais tempo em casa, em especial mulheres, conhecidas por serem excelentes doceiras, que passam a produzir doces para venda; os homens trocam a lavoura e a pesca pelas catraias (embarcação de pequeno porte que transporta passageiros do distrito para a praia); outros habitantes alugam suas casas na época dos festivais e alta temporada para os turistas se

hospedarem, e ainda há os que vendem suas casas para empresários, se mudando para locais mais distantes da vila, em outras comunidades.

Nas épocas de carnaval, mês de julho e Festival do Sairé (mês de setembro), a vila fica muito movimentada, com carros e estabelecimentos com som alto e muitas festas em diferentes locais, fato que incomoda os moradores locais, e já houve muitas reclamações quanto a isso. Assim, a vila que antes era pacata, torna-se então um roteiro por onde passam milhares de pessoas durante o ano todo, o que de certo modo, agita e altera a rotina de vida dos moradores.

Tendo como referência minha experiência e inserção no município de Santarém, as aproximações sucessivas que tive com o tema saúde do idoso, e um dos objetivos do projeto do qual passei a participar, a seguinte questão de pesquisa emergiu: Como são as condições de vida e saúde dos idosos e suas famílias, atendidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família em Alter-do-Chão? E, quais as implicações da testagem inicial de tecnologia cuidativo-educacional realizada pode trazer para o processo de trabalho dos enfermeiros em sua prática assistencial na Unidade Básica de Saúde (UBS)?

## **1.2 Objetivos**

a) Realizar avaliação diagnóstica das condições de vida e saúde de idosos e de seus familiares (potenciais cuidadores) atendidos pela equipe da ESF de Alter-do-Chão, Santarém-PA;

b) Realizar testagem inicial, com base na avaliação diagnóstica de tecnologia cuidativo-educacional na atenção básica de saúde voltada ao bem viver de um grupo de idosos no contexto de Alter-do-Chão.

## **1.3 Justificativa e relevância**

Este estudo se situa no campo da enfermagem com interface com outras áreas da saúde que têm interesse na temática saúde do idoso.

Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas (OMS, 2005). Assim, surgem alertas ao governo brasileiro para a

necessidade de se criar o mais rápido possível, políticas sociais que preparem a sociedade para essa realidade. O Brasil será um país de idosos, na mesma proporção que países desenvolvidos como a França, e isso inspira cuidados por parte dos governantes (BRASIL-IBGE, 2010)

O modelo de atenção à saúde vigente ainda é focado na doença, e os programas voltados à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo. Nessa perspectiva, é preciso estruturas criativas e inovadoras, que promovam e mantenham um viver ativo e saudável entre os idosos (VERAS, 2011). Esta população aumenta a cada ano no Brasil, e esse aumento amplia as possibilidades de doenças crônicas nos idosos, levando-os à situação de cronicidade e necessidade de modelos de atenção mais específicos.

A qualidade de vida das pessoas, em situação de cronicidade depende de significativas mudanças no sistema de atenção à saúde, que no caso do Brasil, segundo Mendes (2011) ainda é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, dando conta apenas de eventos agudos. Há que se avançar para um sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e manutenção da vida e saúde, com monitoramento padronizado, para que o usuário não fique abandonado após ser atendido na unidade de saúde. Tal modelo, com vistas ao cuidado continuado em situações de cronicidade tem que ser desenvolvido em um ambiente favorável, ser formado pela comunidade e pelas organizações de saúde, com foco na preparação, informação e motivação dos grupos de apoio da comunidade, da equipe de saúde e dos usuários e suas famílias (OMS, 2003; MENDES, 2011).

No que tange as pesquisas sobre a saúde do idoso na região amazônica, com ênfase no estado do Pará, autoras como Polaro (2011) e Santos (2011), salientam a incipiência de estudos que objetivam conhecer o perfil das condições de vida e saúde dos idosos e suas famílias. Segundo as autoras, o cuidado prestado na atenção básica ainda está baseado no modelo curativo, estando o processo de trabalho dos profissionais, centrado em patologias como o programa HIPERDIA de controle da hipertensão arterial e da diabetes melitus. Essas autoras comentam ainda sobre as diversas barreiras enfrentadas por enfermeiros e profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família, mas ressaltam que é necessário que estes profissionais (re)pensem seu agir cuidativo-educacional no que tange a produção de inovações na assistência da saúde do idoso.

Nesse sentido, é relevante a proposição de tecnologias cuidativo-educacionais enquanto dispositivos inovadores para a assistência de enfermagem ao usuário idoso em situação de cronicidade atendido na ESF, com vistas a um viver mais ativo e saudável, haja vista que é na atenção básica que estes idosos estão concentrados. Os enfermeiros, responsáveis pela gestão da equipe da ESF, devem inovar e buscar produzir/validar/avaliar novas tecnologias.

Tecnologias na Enfermagem foram o foco de estudo de Nietsche et al (2005), que propõem uma classificação de três tipos de tecnologias: a educacional, a assistencial e a gerencial. A primeira “consiste num conjunto sistemático de conhecimentos científicos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo o processo educacional formal e informal”. A segunda consiste em “um processo sistematizado e testado de ações teórico-práticas (planejamento, execução e avaliação), utilizadas no gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde”. A terceira, “inclui a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e dos usuários”, a favor da gerência de pessoas e materiais em unidades e serviços (NIETSCHE *et al*, 2005, p. 345-6).

A Enfermagem necessita desenvolver estratégias inovadoras para o cuidado do idoso, com ênfase no uso de tecnologias cuidativas em que haja um envolvimento da comunidade, trazendo como benefício a integração social dessas pessoas, a minimização de discriminações e a prevenção de exclusão social (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2012)

Este estudo tem perspectivas para contribuir no campo teórico e prático do cuidado de enfermagem na saúde do idoso.

## *Capítulo 2*

---

## **2 ESTRUTURA TEÓRICO-CONCEITUAL**

Para a fundamentação do estudo, nos apoiamos em três dimensões, que serão desenvolvidas neste tópico que traz o quadro teórico da pesquisa, a saber: Envelhecimento humano - Dimensão biosocial e política; Dimensão tecnológica do agir do enfermeiro: tecnologia cuidativo-educativa; Dimensão teórica do cuidar: Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Leininger.

### **2.1 Envelhecimento humano - dimensão bio-social e política**

#### **2.1.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Segundo algumas concepções descritas por Papaleo Neto (2011), o envelhecimento é um processo, a velhice é fase da vida e o velho ou idoso é o resultado final. Esse envelhecimento é entendido como um processo que é dinâmico e progressivo, causando modificações no corpo e mente que determinam a perda da capacidade de adaptação que os seres humanos têm ao meio ambiente, ocasionando assim maiores vulnerabilidades de processos patológicos.

Estudos de Goldman (2000) sobre velhice e direitos sociais afirmam que o envelhecimento é um fenômeno complexo, haja vista a quantidade de termos usados em relação ao sujeito que envelhece. A autora destaca termos como: velho, idoso, geronte, gerontino, velhote ou ancião, declarando que todas essas designações apenas suavizam no discurso a estigmatização que os idosos vivem no cotidiano.

O conceito de velhice merece ser visualizado de maneira que é a última fase da vida humana, pois ela não é o processo de envelhecimento em si mas sim uma característica do ser idoso. O registro das marcas no corpo tais como cabelos brancos, calvície, rugas, diminuição dos reflexos, compressão da coluna vertebral, enrijecimento e tantos outros são a marca do idoso (SANTOS, 2003).

As preocupações sociais decorrentes do envelhecimento de nossa população são relativamente recentes. O surgimento de um discurso científico sobre o envelhecimento, nasce a partir da década de 1960, do interesse das instituições e profissionais que atuavam com idosos na época. As ações do estado, nessa década,

limitavam-se quase exclusivamente ao asilamento de idosos carentes, doentes e marginalizados pela sociedade (LOBATO, 2004) o que referendava uma visão negativa da velhice.

No que tange a definição de idoso no âmbito da saúde, Veras (2004, p. 150) indica:

a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) que define pessoa idosa como aquela com idade a partir dos 60 anos, válido para países em desenvolvimento, e com 65 anos de idade para os países desenvolvidos. [...] No entanto, assevera, é difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério a idade. Nesse seguimento, conhecido como terceira idade, estão incluídos indivíduos diferentes entre si, tanto do ponto de vista socioeconômico como demográfico e epidemiológico.

Quanto à importância da atenção ao idoso, Veras (2004, p. 155) ressalta ainda que:

as questões relativas à terceira idade têm merecido destaque, nos últimos anos, em todos os seguimentos da sociedade. Contudo, a infra estrutura necessária para responder às demandas desse grupo etário ainda é precária em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados, quantitativa e qualitativamente. Na área da saúde, vários são os problemas atuais vivenciados pela população de idosos e por uma sociedade que se transforma rapidamente. Com a progressiva ampliação da população idosa, esse quadro de precariedade e defasagem de alternativas concretas frente às prementes necessidades tende a se agravar.

A (re)inclusão/inserção e a atenção à saúde desse idoso na sociedade é um desafio para todos os profissionais de saúde, pois é um indivíduo que já viveu por algumas décadas e agora começa a ter mais perdas que ganhos, deve ser compreendido pela sociedade em geral para que a população idosa tenha espaço, voz e vez (FALCÃO; LOPES, 2010).

### 2.1.2 POLÍTICAS E PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO

De acordo com o texto da Lei 8.842/94, a Política Nacional do Idoso (PNI) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Já a Política Nacional de Saúde do Idoso destaca principalmente:

a *promoção do envelhecimento saudável*, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que

venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, p. 1).

Em 09 de outubro de 2003 foi sancionado pelo presidente da República, o Estatuto do Idoso, que congrega 119 leis que buscam dar maiores garantias civis aos idosos. Leis como estas, garantem ao idoso maior assistência por parte do Estado e coloca a sociedade como “tutora” desses indivíduos, para que assim possam ter um envelhecimento mais condigno (BRASIL, 2003).

No que tange à dimensão social e de saúde da população idosa, Shiratori *et al* (2006, p. 297), declararam que:

a melhor condição de saúde, especialmente relacionada à preservação da autonomia e da mobilidade física, é um importante fator para a permanência da vida ativa nas idades mais avançadas. Para isso, destacam necessidade de profundas modificações no perfil das políticas públicas, em especial nas concernentes às áreas de saúde e previdência social. Idosos com boas condições de saúde e autonomia física e mental mantêm boas perspectivas de vida e podem assumir papéis relevantes na sociedade.

Observa-se que é um grande desafio ofertar à população idosa um serviço de saúde de qualidade visto que é um grupo que necessita de especial atenção e requer cuidados mais específicos. Nesse sentido, Gonçalves (2010, p. 510), comenta que:

entre os principais lócus de cuidados da enfermagem gerontológica está a atenção primária de saúde, cuja concepção de cuidados está na integração das multidimensões do viver envelhecendo das pessoas, com vistas à manutenção de uma vida com mais qualidade, valorizado-as em suas capacidades e potencialidades presentes, para juntamente com a família e comunidade circundante, buscar e utilizar recursos disponíveis em seu entorno.

No Brasil, a Saúde do Idoso, começou a ser abordada de forma mais específica em 1999, quando o Ministério da Saúde, implantou a Política Nacional de Saúde do Idoso, passando a se chamar, com o lançamento do Caderno de Atenção a Saúde do idoso nº 19, em 2006 de Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa através da Portaria GM nº 2.528. Nessa nova portaria, cabe a Atenção básica/Saúde da Família serem a porta de entrada ao sistema, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. É então, através da Saúde da Família que esse idoso deve ser atendido inicialmente, sendo por demanda espontânea ou por busca ativa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2002, a proposta da Política do Envelhecimento Ativo e Saudável, que propõe uma série de ações visando um envelhecimento com qualidade de vida. É uma proposta para os diferentes governos incorporarem às suas políticas nacionais, o envelhecimento ativo, sustentado nos três pilares: saúde, participação e segurança. *Saúde* para o idoso viver mais e melhor, controlando doenças crônicas, mantendo a capacidade funcional e dispondo de assistência a saúde de qualidade; *participação*, no que se refere à integração em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, em consonância com os direitos humanos fundamentais; e por fim, *segurança*, referindo-se à segurança social, física e financeira, assegurando proteção, dignidade e assistência aos mais velhos, mais frágeis e dependentes.

A partir de então, vários países começam a lançar programas e políticas para promoção do Envelhecimento Ativo; e no Brasil, através do Ministério da Saúde, é lançada, em 2006, a Política do Pacto pela Vida, em que a primeira prioridade do Pacto é a *Saúde do Idoso*. Esta Política tem como diretrizes fundamentais: a Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; a Implantação de serviços de atenção domiciliar; Fortalecimento da participação social; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; e Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Tendo como estratégias a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o Caderno de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa - Programa de Educação Permanente à Distância, o Acolhimento, a Assistência farmacêutica, a Atenção Diferenciada na Internação e a Atenção domiciliar (BRASIL, 2006).

O modelo de atenção à saúde do idoso encontra-se em transição, visto que ainda não atende de forma integral às necessidades dessa população. Pois, os problemas de saúde dos idosos são, em sua maioria, de longa duração e exige pessoal qualificado para atender. É preciso que o idoso tenha maior participação social no SUS, envolvendo-o como partícipe para o seu bem-estar, e colocando como um ator social ativo nas decisões sobre a sua saúde e políticas que o atendam (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008).

## 2.2 Dimensão tecnológica do agir do enfermeiro: tecnologia cuidadoso-educacional

### 2.2.1 TÉCNICA E TECNOLOGIA

É necessário inicialmente, distinguir a definição entre técnica e tecnologia, por serem termos interligados.

Técnica, palavra originada do grego *techné* cuja tradução é *arte*. É o procedimento ou o conjunto de procedimentos de uma arte que têm como objetivo obter um determinado resultado, realizar algo, é a prática ou conhecimento prático que inclui regras, referindo-se ao como fazer, definido por uma certa precisão. É ainda, a habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos para a vida prática. (BARBIERI, 1990; NIETSCHE, 2000). A técnica está presente nas atividades do ser humano desde os primórdios da humanidade, visto que ele realiza e desenvolve atividades práticas em seu cotidiano com habilidades técnicas.

Tecnologia, termo a considerar nos dias atuais de inovação, devido a divulgação na mídia associada à era moderna, e ligada estritamente ao uso de equipamentos. A banalização do termo tecnologia, faz com que ela se reduza a produtos modernos, equipamentos, informatização que pessoas usam e/ou necessitam para o viver diário, na sociedade (NIETSCHE, 2000; BARRA *et al* 2006). Porém, o termo tecnologia tem outra conotação muito mais abrangente, que Nietzsche (2000, p. 52), considera:

tecnologia como resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos/saberes ordenados, organizados e articulados, para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com uma finalidade prática específica.

Assim, concebemos o termo tecnologia numa abrangência em que não se liga somente à modernidade atual representado por avanços tecnológicos no campo da informática, mas os processos da prática do cotidiano, que geram não somente bens materiais, mas também os simbólicos, como por exemplo, o trabalho dos profissionais de saúde.

## 2.2.2 TECNOLOGIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM

Afora a propalada tecnologia dura de produtos de máquinas e equipamentos, na área da assistência à saúde e mais especificamente na enfermagem, tem relevância a chamada tecnologia de processo. No processo de assistência ou cuidado da saúde, os profissionais produzem trabalhos (tecnológicos imateriais) junto de seus clientes/usuários, que se traduzem em atos benéficos aos mesmos, e podem ser de caráter cuidativo, educacional, gerencial de cuidados, de relações, entre outros.

Emerson Merhy, sanitaria e pesquisador brasileiro, tem divulgado desde a década passada, suas abstrações a cerca do trabalho dos profissionais de saúde como um trabalho vivo, e que se desenvolve com base em tecnologias não somente de equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, mas principalmente na intervenção tecnológica em ato, junto às pessoas atendidas (MEHRY, 2002).

O autor propõe que as tecnologias envolvidas no processo do trabalho em saúde sejam assim tipificadas: as *tecnologias leves* - representadas pelas relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; as *tecnologias duras* - representadas essencialmente pelos equipamentos, máquinas, normas, estruturas organizacionais; as *tecnologias leve-duras* - representadas pelos saberes estruturados, como exemplo, a clinica médica, a epidemiologia, o taylorismo, o faylorimo (MEHRY, 2002).

Acrescenta o autor, que “para poder compreender os modelos tecnológicos assistências em saúde, deve tomar-se como eixo analítico vital o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras” (MEHRY, 2002, p. 189 ). O processo de trabalho em saúde, por estar centralizado na configuração do modo de produção do cuidado, faz com que o ato dos profissionais, torne esse processo criativo e dinâmico, visto que o trabalho vivo traz consigo toda a bagagem subjetiva que é própria do ser humano. Esse processo vai então se desenvolvendo de forma que é orientado tecnologicamente, atendendo à algumas intenções dos profissionais, mas também, em consonância com a dimensão subjetiva que este ato tem (FRANCO; MERHY, 2012).

Dessa forma, entende-se que o cuidado prestado ao cliente em determinadas circunstâncias, pode se constituir em uma tecnologia, que ao ser desenvolvida, tenha orientação nas peculiaridades e perspectivas dos partícipes.

A concepção teórica e metodológica de Merhy (2002), construída com base em suas experiências na assistência primária e focada na tecnologia de cuidado, atraiu grande interesse, por parte dos enfermeiros (docente, pesquisador e assistencial) em adotá-la e testá-la, em função, certamente, da similaridade e ressonância de sua concepção descrita ao modo de agir do enfermeiro e do processo de trabalho da enfermagem.

O grande desafio posto enquanto cuidadores é utilizar as relações (enfermeiro-paciente-cliente-usuário) em tecnologia, com o intuito de construir um cotidiano alicerçado num compromisso mútuo. E dessa forma, dar sustentação para que os indivíduos tenham suas necessidades supridas pelos profissionais em busca de um cuidado concreto, capaz de promover a saúde e manter o bem-estar (ROSSI; LIMA, 2005).

Outro estudo, aplicando o mesmo referencial, serviu para desenvolver uma tecnologia leve (GONÇALVES; SCHIER, 2005) de “educação sócio-educativa em grupo Aqui e Agora” aplicável a pacientes idosos internados e familiares acompanhantes hospitalares, em âmbito de unidade de internação, para desenvolver/discutir temáticas como: direitos dos pacientes idosos enquanto hospitalizados, direito e deveres dos acompanhantes, busca de recursos da rede de apoio comunitário, no enfrentamento pós-alta de condições de vida e saúde-doença do idoso, como também no atendimento necessário da família cuidadora no cotidiano doméstico. Também, Sena et al (2010) desenvolveram uma tecnologia leve de ajuda mútua grupal entre portadores de Parkinson e suas respectivas famílias acompanhantes/cuidadoras usando estratégias educacionais que contribuíam com os participantes a ajudarem-se entre si, com vistas a manterem-se socialmente integrados, a despeito de todas as dificuldades físico motoras próprias dos portadores da doença.

A tecnologia é ainda incipientemente discutida na práxis da enfermagem e considerando abordar/construir tecnologia enquanto inovação o conhecimento, propõe fazê-lo como em processo dinâmico de criação e recriação, com consciência

crítica, ética, construindo socialmente entre profissionais e usuários, baseado em pressupostos emancipatórios (NIETSCHE *et al.*, 2012).

Koerich *et al* (2006), dizem ser um desafio promover/adequar a inserção de tecnologias na prática em saúde, de forma que contemplem as necessidades sociais da população, pois se espera que em saúde, a produção de bens/relações tenha prioridade, e tais tecnologias favoreçam dita produção.

### **2.3 Dimensão teórica do cuidar: teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Leininger**

Enquanto tecnologia de cuidado na enfermagem assumida, esta foca-se no conceito de Cuidado Cultural, da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC). Essa teoria foi proposta pela enfermeira norte-americana Madeleine Leininger na década de 70, sendo assim também chamada de Teoria de Leininger. Esta teórica foi a primeira enfermeira a realizar doutorado em antropologia cultural e social, direcionando seus estudos para o que ela chamou de Enfermagem Transcultural.

Na teoria de Leininger, conforme destaca Fortes, Soane e Braga (2011), a teorista define explicitamente saúde e enfermagem, já outros conceitos são interpretações dos autores, a partir da descrição da teoria, como seguem: *Pessoa* é o ser humano podendo ser entendido como indivíduo, família e grupo cultural. O ser humano/indivíduo é universalmente ser cuidador que sobrevive em uma diversidade de culturas pela sua capacidade de proporcionar a universalidade do cuidado de várias maneiras e de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações. *Ambiente/Sociedade* é o contexto ambiental definido como sendo a totalidade de um evento, situação de experiência e aspectos contextuais nos quais o indivíduo e o grupo cultural convivem. *Saúde* é um estado de bem-estar que pode ser definido, avaliado e praticado a partir da cultura, sendo a saúde tanto universal quanto diversificada, visto que é definida pela cultura. *Enfermagem* é a arte humanisticamente aprendida e uma ciência que enfoca comportamentos das pessoas, funções e processos direcionados para a promoção e manutenção da saúde.

Leininger considera que o cuidado cultural é realizado nas diferentes culturas, sendo transmitido de geração a geração, buscando um bem-estar das pessoas, e que há uma grande diversidade desse cuidado visto que compreende as variações das características culturais de cada povo, mas ressalta a similaridade desse cuidado realizado nas diversas culturas, tornando-o universal (FORTES; SOANE e BRAGA, 2011).

Para a teórica, há que se considerar ainda que existem dois sistemas de cuidado dentro das culturas, o popular e o profissional. O primeiro é toda manifestação de cuidado apreendida culturalmente que se transmite entre as gerações e se manifesta de forma diversa nas culturas, e o segundo é caracterizado pelo ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidado profissional realizado por profissionais multidisciplinares (WELCH, 2004).

A partir da congruência entre estes dois sistemas, o enfermeiro poderá tomar então três tipos de ações/decisões junto às pessoas que cuida, sendo:

- a) Preservação/Manutenção do Cuidar cultural;
- b) Acomodação/Negociação do cuidar cultural;
- c) Remodelação/Reestruturação do cuidar cultural.

Em que nestes três tipos de decisões o profissional vai apoiar, auxiliar, facilitar e capacitar as pessoas de determinada cultura a reter/preservar o cuidado cultural, adaptá-lo/acomodá-lo ou ainda reordenar-lo/alterar-lo/modificar-lo, dependendo do diagnóstico situacional realizado (WELCH, 2004).

Dessa forma, Sitzman e Eichelberger (2011) destacam alguns dos principais pressupostos da Teoria, como: cuidado é a essência da enfermagem; o cuidar é essencial para o bem-estar, cura, crescimento, sobrevivência e para o enfrentamento de dificuldades ou a morte; cuidado cultural é a melhor forma holística para guiar as práticas de enfermagem; o objetivo central da Enfermagem é servir aos seres humanos na saúde, doença e no morrer; não há cura sem dar e receber cuidados; cada cultura tem suas formas peculiares de cuidados populares e profissionais. Cabe a Enfermagem identificar os fatores que interferem na saúde do cliente para trata-lo de forma holística, consciente e realizar um cuidado congruente; cuidado cultural, valores, crenças e práticas são influenciados diretamente pela visão de mundo e da linguagem das pessoas; cuidado cultural de enfermagem

benéfico só pode ocorrer quando os cuidados culturais são utilizados de forma adequada e consciente pela enfermeira.

A partir de todos esses conceitos, pressupostos e estudos, Leininger propôs para a Teoria, um modelo teórico, denominado por ela de *Sunrise Model*, conhecido como *Modelo do Sol Nascente*, como pode ser visto na imagem a seguir:

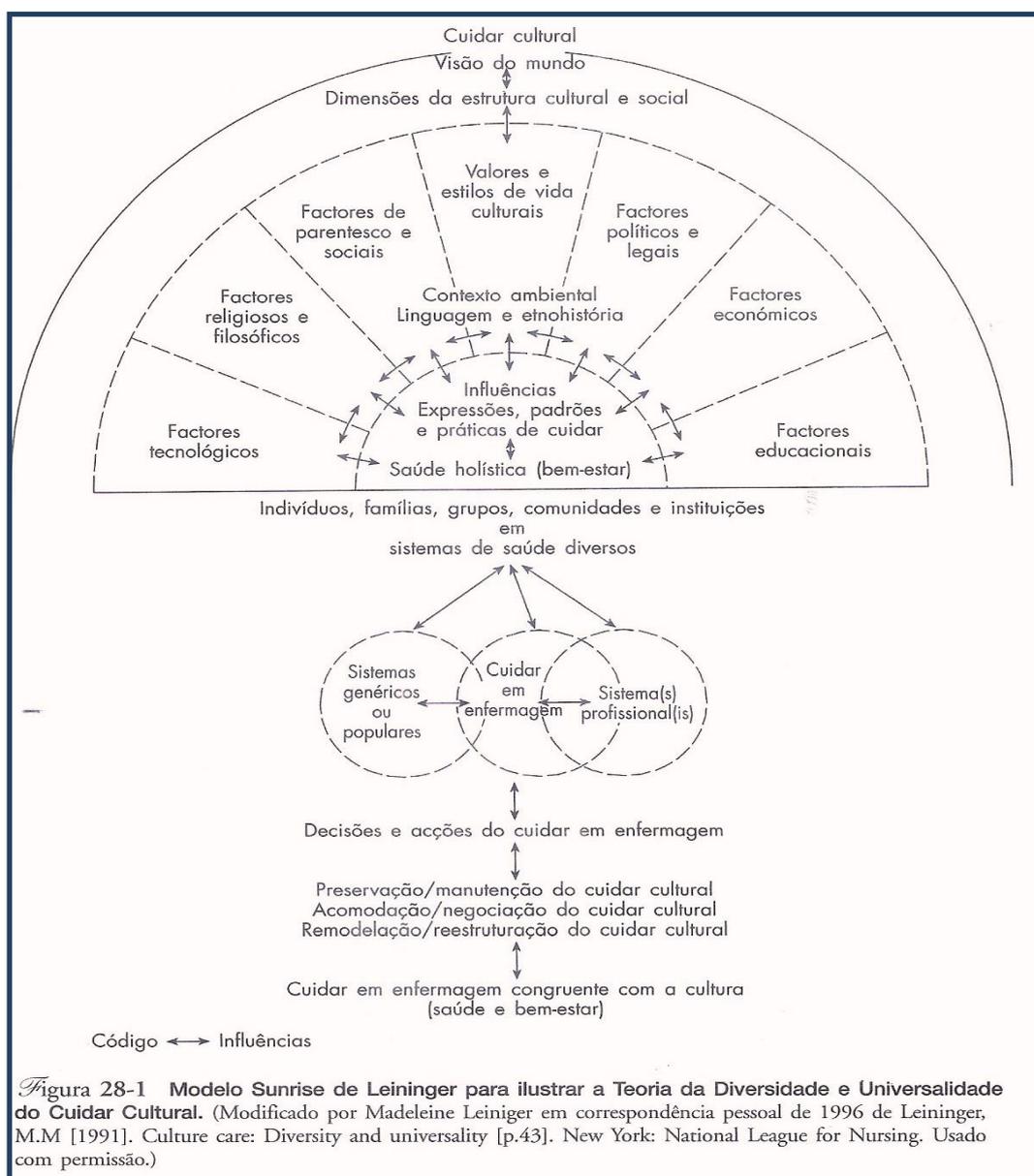


Figura 1 - Modelo do Sol Nascente

O modelo *Sun Rise* é formado por quatro níveis, em que os três primeiros fornecem subsídios para o planejamento e a execução do cuidado junto à pessoa humana. O primeiro nível é formado por todos os componentes que rodeiam as pessoas em suas culturas, como visão de mundo, estrutura social e cultural, e os diversos fatores que permeiam a vida. O segundo é formado pelas expressões, influências, padrões e práticas que as pessoas têm a partir das características do nível anterior. O terceiro nível focaliza os dois sistemas (popular e profissional) e a enfermagem interseccionando estes sistemas. E por fim, o quarto nível, que se caracteriza pelas ações e decisões de Enfermagem junto às pessoas.

Estudos de enfermeiras brasileiras como os de Seima et al (2011) e Michel et al (2010) apontam a teoria de Leininger com um importante subsídio teórico para o enfermeiro atuar na prática com os pacientes, visto que nessa teoria o prestador de cuidado (enfermeiro) valoriza os conhecimentos, práticas, costumes e crenças do ser cuidado (paciente/família/comunidade). Assim, há então uma congruência de saberes objetivando o bem-estar dos indivíduos; e, no caso dos idosos e suas famílias, têm muitos conhecimentos e práticas do dia-a-dia que necessitam ser mais bem conhecidos, para alicerçar a prática em Enfermagem numa prática voltada não somente em técnicas e conhecimentos científico, mas, sobretudo no saber popular advindo de gerações.

O processo de educar e cuidar deve então ser alicerçado na cultura do idoso, que compartilha e propaga na comunidade. É por um plano de cuidado compartilhado entre enfermeiro e cliente que o segundo terá autonomia para então realizar práticas de cuidado de si no cotidiano, trazendo possibilidades de transformação para a realidade em que vive (MARTINS; ALVIM, 2012).

A Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger trouxe subsídios para o desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional, na prática de enfermagem, para um cuidado com idosos e suas famílias, mais específico às necessidades, buscando um educar/cuidar favorecendo a parceria do enfermeiro essas pessoas que cuida.

## *Capítulo 3*

---

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Abordagem do estudo

O estudo é de abordagem metodológica mista, do tipo sequencial (CRESWELL, 2010), pois permite ampliar o entendimento do fenômeno em estudo, incorporando e combinando diferentes métodos, técnicas e procedimentos, para uma maior compreensão da questão de pesquisa e busca por respostas. Do método misto, optou-se pelo tipo sequenciado, pois, na primeira instância buscou-se atender o 1º objetivo definido, procedendo-se à avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde da amostra definida. Somente com a obtenção prévia desse resultado, pôde-se encaminhar, metodologicamente falando, para a segunda instância, na consecução do 2º objetivo. Ou seja, a testagem da tecnologia cuidativo-educacional consentânea ao perfil de condições de vida e saúde diagnosticado, e para o qual a tecnologia em questão foi destinada.

Quanto aos métodos e técnicas propriamente ditos adotados, foram:

(a) para o estudo em atendimento ao 1º objetivo (1ª instância), o método do levantamento por meio da técnica de questionamento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) foram seguidos, usando-se cinco instrumentos para obtenção de dados relativos às condições de vida e saúde do idoso: Caderneta de Saúde do Idoso, acrescidas de perguntas: o que é saúde para você e o que faz para ter saúde? (Anexo A); APGAR de Família aplicado ao idoso (Anexo B); QPFC-Questionário de perfil da família cuidadora (Anexo C); Estilo de vida relacionado a saúde aplicada à família (Anexo D); WHOQOL- Breve aplicado à família (Anexo E);

(b) quanto ao 2º objetivo (2ª instância) relativo à tecnologia cuidativo-educacional, optou-se pelo método da pesquisa convergente-assistencial (PCA) (TRENTINI; PAIM, 2004), mesmo porque sua característica principal é a convergência com a prática, que nesse caso foi a prática da tecnologia, enquanto testagem inicial de seu desenvolvimento.

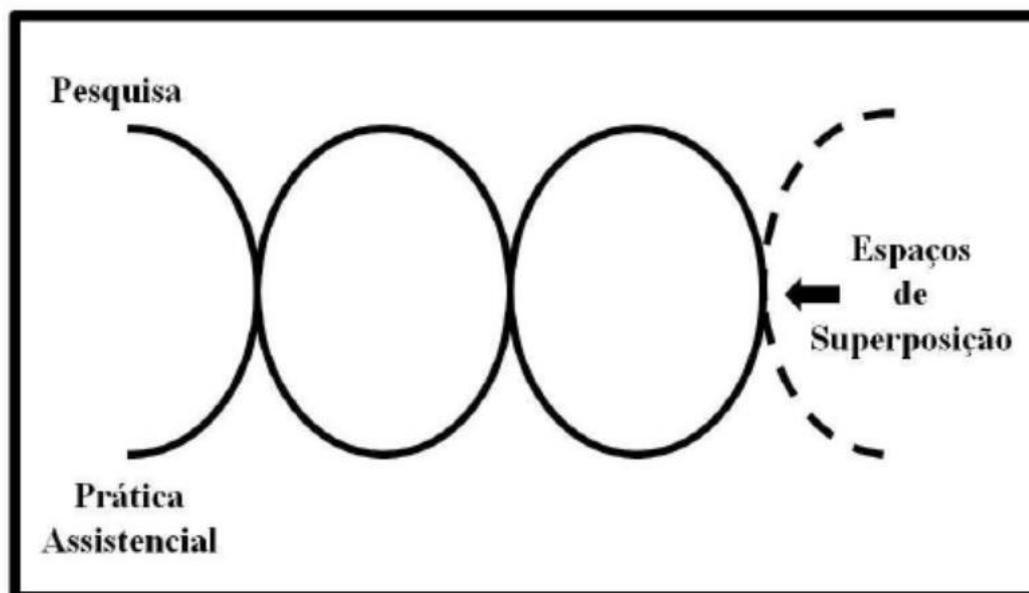


Figura 2 - PCA: movimentos de aproximação, distanciamento e convergência da pesquisa e da prática, formando espaços de superposição destas atividades.  
Fonte: Trentini e Paim (2004).

Como se observa na Figura 1, a PCA se realiza na intenção de criar ponte entre o pensar/pesquisar e fazer/praticar enfermagem, onde a pesquisa e a prática correm juntas, cada qual com metas distintas, em movimentos ora de distanciamento, ora de aproximação, porém havendo espaços de superposição para trocas em benefício de ambas. Permutas recíprocas de informações ao longo dos processos de pesquisa e de prática se realizam, influenciando a prática com renovações, por dados obtidos na pesquisa, e a pesquisa em seu turno realimentando suas indagações investigativas por fatos observados da prática.

A opção por tal método foi devido à imersão do enfermeiro-pesquisador na prática daquela localidade, que ao desenvolver o 1º objetivo, em conversas com a enfermeira da ESF e agentes de saúde, estes comentavam da necessidade de se trabalhar com grupos de idosos na comunidade e a realização de atividades mais educativas com eles. Dessa forma, o método convergente assistencial, que emerge da prática, se consolidou como mais adequado para a consecução do 2º objetivo.

Intencionou-se trabalhar com a tecnologia montando-se um grupo de convergência (TRENTINI; GONÇALVES, 2000), convidando idosos e familiares para o trabalho grupal semanal por durante dois meses, observando preceitos e procedimentos próprios de compromisso grupal na construção de um trabalho em

ato de aprendizagem de comportamentos de cuidados da vida e saúde enquanto envelhecendo. Contudo, ao entrar no campo, o enfermeiro-pesquisador se deparou com uma realidade contrária ao de se formar um grupo novo, visto que os idosos convidados que aceitaram participar do estudo, já faziam parte de um grupo de convivência coordenado pela Secretaria Municipal de Assistência Social e sugeriram que as atividades acontecessem naquele grupo funcionante. Assim, foi aceito e decidido com a anuência da dita coordenação, porém o desenvolvimento da tecnologia foi dirigida somente para idosos, excluindo-se os familiares, como previsto inicialmente.

### 3.2 Contexto do estudo

O estudo se desenvolveu no município de Santarém, no Estado do Pará. O município de Santarém pertence à mesorregião do Baixo Amazonas e à microrregião Santarém. Têm ao norte, os municípios de Óbidos, Alenquer, Monte Alegre e Curuá; a leste, os municípios de Prainha e Uruará; ao sul, os municípios de Rurópolis, Aveiro, Placas e Belterra; a oeste, o município de Juruti.



Figura 3 - Localização de Santarém no Estado do Pará  
Fonte: Google Maps.

Na hidrografia do município, o principal rio é o Tapajós, que atravessa o município no sentido sul-norte, em seu baixo curso e aloca, na sua foz, pela margem direita, a sede municipal. Recebe, como principal afluente, pela margem esquerda o

rio Arapiuns, com os seus afluentes, o rio Aruã e seu afluente o Rio Branco, e os igarapés Braço Grande do Arapiuns, Curí, Caranã entre outros, todos pela margem esquerda.

Outro rio importante é o Amazonas, com seus furos, ilhas, paranás e lagos que limitam o Município, ao norte com Alenquer, Óbidos e Monte Alegre. Na porção oriental, destaca-se o rio Curuá-Una onde se encontra a hidrelétrica do mesmo nome e tem, como principal afluente o rio Mojuí, pela margem esquerda.

As características climáticas do município não diferem muito das de sua região. A temperatura do ar é sempre elevada, com média anual de 25,6° C e valores médios para as máximas de 31° C e para as mínimas de 22,5° C. Quanto a umidade relativa, esta apresenta valores acima de 80% em quase todos os meses do ano.

Segundo o censo de 2010, a população de Santarém é de 291.122 habitantes vivendo numa área total do município de 24.314,40 Km<sup>2</sup>, tendo como densidade demográfica 11,97 Hab/Km<sup>2</sup>. Desta população 245.652 vivem em área urbana e 31.633 em área rural. Quanto à população de idosos, é de total de 22.603 correspondendo a 7,8% (BRASIL-IBGE, 2010).

O município de Santarém é rico em manifestações religiosas, tanto na sede, como no interior do município. Dentre as festividades, devem ser destacadas a Festa de Nossa Senhora da Saúde, padroeira da localidade de Alter-do-Chão e o Círio de Nossa Senhora da Conceição, a padroeira da cidade, tendo início na manhã do terceiro domingo de novembro, com a procissão do Círio e prosseguindo com a festa religiosa e os festejos profanos até o dia 8 de dezembro. Vê-se que a cultura religiosa é muito forte e marca o povo da região visto que quando acontecem tais festividades, pessoas de muitas localidades do município se reúnem e celebram a alegria de estar juntas.

Os serviços de saúde são prestados pelo Sistema Único de Saúde sob gestão do município. A cobertura se dá nos níveis de atenção básica de saúde e na assistência de média e alta complexidade compreendendo serviços ambulatoriais especializados e hospitalares especializados complementados com serviços diagnósticos de maior complexidade. Segundo o último levantamento realizado em 2009, Santarém dispõe de 565 leitos hospitalares, 42 leitos ambulatoriais e 39 leitos

na urgência, disponibilizados em serviços públicos de saúde. "A totalidade desses leitos está concentrada na área urbana, assim como a maioria dos Serviços Ambulatoriais de maior complexidade". Conta com UTI's desde 2003 nos hospitais municipal e regional tornando-se polo da região em saúde (PARÁ, 2011).

Optou-se, dentro do município, realizar o estudo no distrito de Alter-do-Chão, que dista 34 km do centro urbano, localizando-se às margens do Rio Tapajós com cerca de 6.000 pessoas. O distrito está dividido em 10 micro áreas, localizadas ao longo rodovia PA-457.



Figura 4 - Localização de Alter-do-Chão dentro do município de Santarém.  
Fonte: Google Maps.

A opção deveu-se ao fato de Alter-do-Chão ser considerada uma comunidade de ribeirinhos, que está às margens do Rio Tapajós, e o acesso pode ser feito tanto por via fluvial, quanto por via terrestre.

Neste distrito há uma Unidade de Saúde que atende todas as 10 micro áreas que o compõe, sendo um polo de saúde dessa microrregião. E, formando o serviço de saúde, há uma Equipe da Estratégia Saúde da Família de Alter-do-Chão, composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 odontólogo, 1 técnicos de enfermagem, 1 auxiliares de enfermagem e 3 agentes comunitários de saúde, estando cadastradas cerca de 1.000 famílias, e tendo a enfermeira como supervisora dessa equipe de ESF.

Esta ESF é responsável por atender toda esta população, trazendo uma sobrecarga de trabalho para os profissionais daquela Unidade de Saúde, visto que, teoricamente o Ministério da Saúde propõe a cada equipe de profissionais da

Estratégia Saúde da Família atender no máximo 4.000 habitantes, com recomendação para uma média de 3.000 habitantes.

### **3.3 População alvo, amostra e período de realização do trabalho de campo**

A população alvo aqui definida é a família que possui elemento idoso em sua composição e, faz parte da comunidade de Alter-do-Chão, em Santarém, PA, atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

A seleção da amostra para o estudo da 1ª instância já referida se deu de modo intencional no contexto da unidade de ESF, convidando usuários idosos que frequentavam a unidade, no mês de julho de 2012, período definido para o levantamento de dados. Obteve-se amostra de 31 pares: idoso e respectivo familiar responsável. O critério de inclusão foi de que seu familiar, dito responsável e potencial cuidador em ocasião de necessidade, também aceitasse participar do estudo. O enfermeiro-pesquisador e seu auxiliar realizaram visita domiciliar e entrevistaram os idosos e familiares.

Os idosos participantes da 2ª instância do estudo eram membros do grupo de convivência da Secretaria Municipal de Assistência Social em de Alter-do-Chão e já havia participado da primeira amostra.

### **3.4 Coleta e análise dos dados**

Os procedimentos de levantamento de dados com a aplicação de vários instrumentos em atendimento ao 1º objetivo, ocorreram junto aos usuários idosos e seus respectivos familiares selecionados, cada qual entrevistados pelo pesquisador enfermeiro e auxiliado por uma estudante de enfermagem, devidamente orientada em iniciação científica. Tais dados foram imediatamente organizados utilizando a estatística descritiva, com auxílio do software Excel 2010 e o *website* SEstatNet – Ensino Aprendizagem de Estatística pela Web. Seu resultado básico de avaliação diagnóstica sobre condições de vida e saúde da amostra participante, representou requisito à continuação do estudo em sua 2ª instância, para a testagem do desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional pertinente.

Os procedimentos para o desenvolvimento do estudo em sua 2ª instância obedeceu aos preceitos da *pesquisa convergente assistencial* e optou-se pela técnica de grupo de convergência, de natureza educacional, com as sessões semanais que transcorreram por um período de dois meses, num total de oito encontros.

Os procedimentos de registro de dados oriundos dos oito encontros grupais na testagem do desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional, foram efetuados por: gravação e anotações feitas pelo observador do grupo seguindo um roteiro (Cf. Apêndice 1), e pelo próprio enfermeiro mediador, que as fez, imediatamente após o término de cada Encontro, anotando na própria ficha do calendário-guia (Cf. Apêndice 2).

Já a análise de todos os registros, foi feita pelo enfermeiro pesquisador, uma análise do processo investigativo na modalidade convergente assistencial, de testagem da tecnologia, trouxe a cada concepção emergida no campo, interpretação fundamentada no referencial teórico adotado: o da tecnologia de cuidado como uma produção de trabalho em ato na relação entre o usuário e o profissional, aqui o enfermeiro; o do cuidado congruente de enfermagem que articula efetivamente o cuidado profissional ao cuidado cultural do cliente particular que se atende. Esse cuidado cultural foi considerado necessariamente no contexto do mundo vivido pelos idosos na comunidade de Alter-do-Chão com suas características sociais e culturais próprias que imprimem uma visão de mundo de seus moradores, e, por conseguinte, levam a padrões e práticas peculiares no viver o cotidiano na comunidade.

### **3.5 Aspectos éticos do estudo**

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitadas as normas e diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Seguimos os seguintes princípios:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa

envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);

d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

Todos os participantes da pesquisa, após aceitação, assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Cf. Anexo F).

O presente projeto é parte do projeto Guarda-Chuva do PPGENF/UFGPA financiado pelo CNPq - Edital Universal 14/2001 tendo já submetido e aprovado pelo CEP do ICS da Universidade Federal do Pará e cadastrado sob protocolo nº 027/2012 , CAAE n. 01030712.1.0000.0018 (Cf. Anexo G).

## *Capítulo 4*

---

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Brasil é um país em acelerado processo de envelhecimento, haja vista que de acordo com o censo demográfico de 2010, mostra que a população de idosos com 60 anos ou mais no país já ultrapassa os 20,4 milhões correspondendo a 10,5% da população total. Esse percentual da população de idosos em relação a população total é um dado demográfico característico de um país em desenvolvimento que está envelhecendo e o Brasil é um país cuja população idosa está em crescimento acelerado.

Estima-se que em 2025 o número de idosos no Brasil supere os 30 milhões, tornando-se o sexto país com o maior número de idosos em todo o mundo (OMS-WHO, 1988). Esse envelhecimento acelerado da população ocorre como resultado do declínio na taxa de fecundidade proporcionado pelo planejamento familiar, aumento da expectativa de vida, novos perfis de família, melhora na tecnologia de tratamento de doenças, promoção da saúde de idosos e prevenção de agravos, entre outros (LYRA, 2008).

Dessa forma, é necessário que essa população que cresce aceleradamente tenha suas condições de vida e saúde conhecidas para que possam ser repensadas estratégias que ajudem a melhorar a vida e saúde do idoso brasileiro.

Segundo o censo demográfico, o perfil populacional revela que as mulheres são a maioria (55,8%), os idosos com baixa escolaridade com menos de um ano de instrução são 30,7%, e 66% são aposentados (BRASIL-IBGE, 2010).

O Brasil faz parte de um grupo de países chamado BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) que possuem similaridades quanto ao desenvolvimento socioeconômico, embora com grandes diferenças culturais, enfrentam o problema do envelhecimento acelerado. A transição demográfica vivenciada no Brasil hoje, com a diminuição da fecundidade e o aumento da longevidade, leva a crer que até 2030 haverá uma população envelhecida, tais como de alguns países da Europa Ocidental (RODRIGUES; FORTES-BURGOS, 2011). Essa transição demográfica faz pensar que nas próximas décadas o Brasil atingirá um patamar característico desses outros países, necessitando estar 'preparado' no âmbito dos serviços de saúde para esse momento. O que realmente preocupa é que nesses países, essa transição demorou quase um século e no Brasil está ocorrendo em apenas algumas décadas,

ou seja, o tempo é bem menor para ‘receber’ esse novo perfil populacional. Assim, o Brasil é chamado de país “jovem de cabelos brancos”. (BRASIL-IBGE, 2010; VERAS, 2009).

Projeções do IBGE apontam que até 2050 cerca de 20% da população brasileira terá 65 anos e mais (BRASIL-IBGE 2010). McCracken e Phillips (2005) afirmam que países em desenvolvimento, o aumento da população idosa vem ocorrendo num contexto de pobreza. Esse crescimento acelerado torna-se um desafio em um país como o Brasil, onde há desigualdade de distribuição de renda e serviços sociais (WONG; CARVALHO, 2006).

Como forma de enfrentar tal desafio é necessário por parte das organizações governamentais e da sociedade em geral a revisão de políticas e programas que possam melhorar a participação e a segurança dos idosos (envelhecimento ativo), tais como incentivo aos grupos de ajuda mútua na comunidade, programas de prevenção para os idosos que não tem nenhuma doença crônica e para os adultos que estão envelhecendo, promover um autocuidado apoiado em que as pessoas da comunidade possam interagir em rede em busca de melhor qualidade de vida. (OMS, 2005; MENDES, 2011).

Uma estratégia de grande contribuição para se buscar um envelhecimento mais ativo e saudável é o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos, é importante para subsidiar o planejamento de atenção ou estratégias de intervenção (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Entre os idosos de 60 anos ou mais, segundo os dados do Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), as doenças que mais os acometem são hipertensão arterial (53,3%), queixas de problemas de coluna (35,1%) e artrite ou reumatismo (24,2%) (BRASIL-IBGE, 2008). Há ainda o processo chamado de feminização do envelhecimento, quando a população de mulheres idosas é crescente e visível nos diferentes contextos do Brasil, isso devido ao fato de as mulheres estarem vivendo mais que os homens (CAMARANO; KANSO; MELO, 2004).

Há uma maior probabilidade de sobrevivência do sexo feminino. A expectativa de vida masculina é sete anos menor do que a feminina (77 anos para mulheres e 69,4 para os homens) tanto é, que um dos objetivos da Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde do Homem lançada no Brasil em 2008 é diminuir a mortalidade masculina em todas as faixas etárias (BRASIL, 2008).

Essa característica já foi apontada pela Organização Mundial de Saúde como um desafio para a população mundial que envelhece, visto que quando se tem um quantitativo maior de mulheres, estas geralmente têm mais problemas de saúde que os homens, e assim demandam mais assistência dos serviços e profissionais de saúde (OMS, 2005).

Venturi (2007) afirma em seu estudo que 48% dos idosos brasileiros que se sentem satisfeitos ou felizes com a idade que tem e 29% com disposição para realizar seus afazeres, 53% não se sentem idoso, geralmente só a partir dos 70 anos. Algumas das melhores coisas de ser idoso, citadas pelos idosos do estudo de Venturi, foram experiências de vida e sabedoria (citada por 21%), tempo livre (mencionada por 16%), proteção familiar (apontada por 13%), gozarem de novos direitos sociais (citada por 12%), independência econômica e financeira (citada por 12%). Já alguma das piores coisas são as debilidades físicas e doenças (citada por 57% dos idosos), desânimo (citado por 35% dos idosos), dependência física (apontada por 14% dos idosos), destacando ainda a discriminação social contra a pessoa idosa (citada por 18% dos idosos). Embora a percepção da chegada da velhice esteja associada principalmente a aspectos negativos pelos idosos (88%), esta não deve ser apenas nesse aspecto, visto que com a velhice, há também ganhos, como estar mais próximo da família, a experiência de vida, mais tempo para cuidar da saúde e tempo para atividades de lazer.

Lima-Costa, Barreto e Giatti, (2003), afirmam que a percepção de saúde “julgamento subjetivo do estado de saúde” possui influência sobre a utilização do serviço de saúde e o uso de medicamentos. A autopercepção considerada ruim aumenta o risco de mortalidade (TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008).

Sendo assim, há que ser trabalhada a saúde global, vista não somente do ponto de vista curativo, em que se trata somente doenças e agravos, mas sim do ponto de vista multidimensional em que a saúde depende de inúmeros fatores como ambiente, educação, relacionamento, bem-estar e entre outros.

No caso dos idosos, que a maioria convive com doenças crônicas, ressalta-se para a implantação/consolidação do modelo de atenção às doenças crônicas,

elaborado no tripé de ação preparação/motivação/informação em que pacientes e família tenham a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo este último responsável pelo incentivo à vida saudável e não limitar-se somente à consultas e procedimentos técnicos de profissionais (MENDES, 2011).

#### 4.1 Conhecendo os idosos amazônidas de Alter-do-chão

Os 31 idosos participantes do primeiro momento da pesquisa têm o seguinte perfil apresentado na Tabela 1 a partir de dados coletados de variáveis sociodemográficas e de saúde, por meio da aplicação da Caderneta de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde.

TABELA 1 – Dados sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde dos idosos de Alter-do-chão, Santarém-PA, 2012.

(continua)

PERFIL DOS IDOSOS						
IDADE	Homem (n 10, 32%)		Mulher (n 21, 68%)		Total	
	f	%	f	%	n	%
60-69	5	50,0	8	38,0	13	42,0
70-79	4	40,0	10	48,0	14	45,0
80 +	1	10,0	4	14,0	4	3,0
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Solteiro	-	-	6	29,0	6	19,0
Casado	8	80,0	7	33,0	15	48,0
Viúvo	-	-	8	38,0	8	27,0
Separado	2	20,0	-	-	2	6,0
<b>ESCOLARIDADE</b>						
Analfabeto	-	-	2	9,0	2	6,0
Até 4 anos	7	70,0	8	38,0	15	48,0
4 a 8 anos	2	20,0	6	29,0	8	27,0
+ 8 anos	1	10,0	5	24,0	6	19,0
<b>APOSENTADO</b>						
Sim	6	60,0	18	86,0	24	77,0
<b>PESSOAS QUE MORAM COMIGO</b>						
			f		%	
1 a 3 pessoas			13		42,0	
4 a 6 pessoas			10		32,0	
+ 6 pessoas			8		26,0	
<b>RELIGIÃO QUE PROFESSA</b>						
Católico			26		84,0	
Protestante			5		16,0	
<b>OCUPAÇÃO ATUAL</b>						
Trabalhador Rural			3			
Doméstica			3			
Professor			1			
Autônomo (comerciante, pescador, barqueiro, carpinteiro)			5			
<b>Total</b>			12		39,0	

(conclusão)

<b>PERFIL DOS IDOSOS</b>					
<b>FUMA ATUALMENTE</b>					
	<b>Homem</b>		<b>Mulher</b>		<b>Total</b>
Sim	-	-	-	-	
Parei de Fumar	3	30,0	3	14,0	
<b>INGERE BEBIDA ALCOOLICA</b>					
Sim	3	30,0	1	5,0	4 12,0
<b>REALIZA ATIVIDADE FÍSICA</b>					
Sim	6	60,0	11	52,0	17 55,0
<b>NECESSITA DE CUIDADOS ATUALMENTE</b>					
Sim	7	23,0			17 55,0
<b>ESTADO DE SAÚDE AUTO-REFERIDO</b>					
Ótima/Boa	14	45,0			
Regular	26	52,0			
Ruim/muito ruim	1	3,0			
<b>PROBLEMAS DE SAÚDE RELATADOS</b>					
Doenças do Sistema Circulatório		17		42,0	
Doenças Endócrinas		5		12,0	
Doenças do Sistema Circulatório e Endócrinas		11		27,0	
Doenças do Sistema Musculoesquelético		3		8,0	
Doenças Auditiva e Visual		4		19,0	
<b>MEDICAMENTOS UTILIZADOS (Referido)</b>					
1 a 3 medicamentos		24		77,0	
Acima de 3 medicamentos		6		19,0	
<b>HOSPITALIZAÇÕES ( Ano 2011)</b>					
1 a 2		5		16,0	
<b>QUEDAS ( Ano 2011)</b>					
1 a 2		5		16,0	
<b>POSSÍVEL CUIDADOR FUTURO</b>					
Cônjuge		3		9,0	
Filha/Nora		18		58,0	
Filho/Genro		8		26,0	
Neto/Neta/Outros		2		7,0	

Os dados mostrados anteriormente correspondem às características sócio-demográficas, hábitos de vida e saúde dos idosos pesquisados, evidenciando as atuais características dessa amostra.

Quanto aos resultados encontrados nesse estudo local, assemelham-se aos dados nacionais e locais de outros estudos realizados no Brasil, pois se observam que entre os usuários idosos que procuram o serviço de saúde, as mulheres idosas são as que estão mais presentes na UBS, isso talvez seja devido ao maior tempo que as políticas de saúde para a mulher foram implantadas pelo Ministério da Saúde, tais como Preventivo do Câncer de Colo do útero, Pré-Natal e no Crescimento e Desenvolvimento dos filhos que geralmente é acompanhado pela

mãe. Além do mais as mulheres tem por característica essa rotina de saúde buscando a prevenção enquanto que os homens só o procuram no adoecimento (TRAVASSOS *et al*, 2002).

A proporção de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos se aproxima aos da faixa etária de 70 a 79 anos. Este resultado é o mesmo encontrado em um estudo realizado em Porto Alegre (PASKULIN; VIANNA, 2007). Esse crescimento da faixa etária de 70 a 79 possivelmente se deve ao aumento da expectativa de vida da população nos últimos anos.

Em relação ao estado civil, dos oito viúvos e sete solteiros todos eram mulheres, dos 15 (quinze) casados, 8 (oito) eram homens. Possivelmente relacionado à maior expectativa de vida das mulheres e maior mortalidade dos homens. Paskulin e Vianna (2007) afirmam que há também as questões culturais, em que um novo casamento é mais comum entre os homens. A proporção de idosas sem companheiro foi elevada, encontrada tanto no presente estudo como no estudo dos autores acima mencionados.

O baixo grau de escolaridade, evidenciado aqui, reflete o achado de outros estudos (MENEZES; LOPES; MARUCCI, 2007; BORGES *et al.*, 2008). No presente estudo, 55 % tinham até 4 anos de escolaridade, esse percentual foi maior em um estudo realizado em município do Ceará, onde esse percentual era de 70% (SILVA *et al.*, 2011). Mesma percentagem foi encontrada em Garrafão do Norte, Pará, (CESAR *et al.*, 2008). O grau de escolaridade sofre influência das desigualdades regionais do Brasil. Pois, uma pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, apenas 10% não sabiam nem ler e escrever (SILVA, 1999).

Mais de 70% dos idosos do presente estudo recebem aposentadoria. Em um estudo realizado em Caracol, Piauí e em Garrafão do Norte, Pará, nove em cada dez idosos entrevistados estavam recebendo aposentadoria, em geral, o equivalente a 1 salário mínimo mensal (CESAR *et al.*, 2008). Para Silva *et al.* (2011) a aposentadoria possibilitou ao idoso a garantia de um rendimento mínimo para o atendimento de suas necessidades básicas. Desde a Política Nacional do Idoso em 1994, esse idoso vem tendo mais espaço e direitos à cidadania, ainda com a essa política, a questão de como vive o idoso brasileiro passa a assumir um papel de destaque nas agendas políticas fazendo com que fossem repensadas as estratégias de envelhecimento digno num país em desenvolvimento.

Embora nenhum idoso tenha referido viver sozinho, tal dado vem aumentando no Brasil. Em 1999 era de 2%, em 2001 subiu para 13% e em 2007 para 15% (BRASIL-IBGE, 2006; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2007). Conforme Camargos, Machado e Rodrigues (2007), observaram em um estudo realizado em São Paulo que quanto maior a renda familiar, maior o número de idosos vivendo sós. O não viver só é também uma característica regional de idosos morarem em zona mais rural dos municípios e onde as famílias ainda preservam seus costumes tradicionais de a casa ser habitada por pais, filhos e outros membros descendente. Contudo a questão econômica restrita prevalente nas comunidades periféricas leva à aglomeração familiar, uma das características da pobreza (CESAR *et al.*, 2008).

Relativo à autoavaliação do seu estado de saúde, a maioria (96%) dos idosos referiu de regular a boa/ótima. Silva *et al.*, (2011), observaram que idosos que participam de grupos de convivência mantem-se mais ativos e incluídos nas atividades sociais, compartilhando experiências e melhorando a autoestima e qualidade de vida, o que faz em 92% deles autoavaliarem seu estado de saúde, de regular a boa/ótima. Tal resultado, não significa isenção de problemas de saúde, de alguma condição de cronicidade, porém a autopercepção positiva de seu estado de saúde, denota um cenário de convívio realístico e saudável com as diversas circunstâncias da vida e saúde enquanto envelhecendo, sem perder o bom humor na vivência da velhice.

Cançado e Horta (2002) afirmam que o envelhecimento traz consigo uma quantidade relevante de problemas da saúde, relacionados às doenças auditivas, de visão, cognição e comportamento, doenças relacionadas ao sistema nervoso simpático, problemas pulmonares, renais e de densidade óssea. No estudo de Cesar *et al.* (2008), 88% dos idosos afirmaram ter pelo menos uma doença ou problema de saúde. As doenças mais frequentes aqui evidenciadas são doenças do sistema circulatório.

O aumento da população idosa acarretou no aumento do consumo de medicamentos (ROZENFELD, 2003; BERNSTEIN; FOLKMAN; LAZARUS, 1989). Segundo Teixeira (2001), mais de 80% da população idosa utiliza pelo menos um medicamento por dia, possivelmente pelo aumento da prevalência de doenças crônicas com o avançar da idade (MONSEGUI *et al.*, 1999). Esse percentual no presente estudo se assemelha visto que cerca de 77% dos idosos utilizam de 1 a 3

medicamentos. Para Costa *et al.* (2008), é essencial compreender os padrões de utilização de medicamentos e verificar a qualidade da administração desses medicamentos pelos idosos, face à ocorrência relativamente comum de inadequações na prescrição e administração.

A hospitalização segundo Peixoto *et al.* (2004), das pessoas idosas tem grande consequência de gastos no SUS, pois a razão custo de hospitalização e tamanho da população aumenta com a idade, sendo as doenças do aparelho circulatório e respiratório consumidoras de cerca da metade dos custos com internação hospitalar de idosos no Brasil em 2001. No presente estudo o índice de hospitalização foi baixo e isso se deve às características dos idosos, tais como morarem com a família, serem independentes, conviverem de maneira saudável participando de atividades sociais, mesmo sendo portadores de doenças crônicas.

Embora no presente estudo, o índice de quedas tenha sido baixo em função da amostra específica de idosos mais hígidos, a ocorrência de quedas na terceira idade, segundo Maciel (2010) é um evento mórbido multifatorial e muito frequente na população idosa, sendo um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado pelos próprios idosos. Dutti (1989), Dunn *et al.* (1992) e Timetti (2003), evidenciam que a ocorrência de quedas é observada em um terço dos idosos que vivem em comunidade e em metade de idosos institucionalizados. A ocorrência de quedas gera o aumento de internações hospitalares e de serviços especializados, com consequente aumento de custos (PERACINI; RAMOS, 2002), além do risco de morte, traumas, restrição das atividades, e déficit na qualidade de vida. Daí a importância de avaliar os idosos para fatores de risco potenciais para quedas (NINODIM; ALEXANDER, 2005), como também um contínuo alerta da população idosa, por meio da educação, para a prevenção de quedas e suas consequências.

Os idosos do presente estudo responderam ter expectativa de serem cuidados, quando necessitarem no futuro, por mulheres da família como filhas, noras, netas em sua maioria, e no caso dos idosos, suas próprias esposas. Mendes, Miranda e Borges (2010), em sua pesquisa sobre a saúde do cuidador de idosos observaram que o perfil dos cuidadores em sua maioria é de mulheres de meia idade, com baixa instrução e que acumulam outras atividades além de cuidar de idosos.

Embora os idosos aqui tenham afirmado que seus cuidadores são considerados adequados para exercer tal atividade, Martins *et al.* (2007) apontam a falta de conhecimentos básicos e insegurança por parte desses cuidadores, Moreira e Caldas (2007) apontam as dificuldades de obtenção de informações sobre os cuidados a serem prestados e Mendes, Miranda, Borges (2010) falam da necessidade de suporte à esses cuidadores oferecido pelos profissionais de saúde. Esse cuidado exercido por membros da família deve ser visto com atenção especial, visto que, estes membros, como já citado, nem sempre estão preparados para exercer tal função de cuidadores. No próximo tópico, discutem-se as características dos familiares que os idosos indicaram como potenciais cuidadores (Cf. Tabela 3).

A dinâmica familiar pela óptica de quem é cuidado, os idosos, ou seja, a maneira como os idosos percebem sua família, em suas relações de apoio e cuidados, foi levantada com a aplicação do APGAR de Família. A maneira como essa família é percebida, com boa funcionalidade ou não, influencia diretamente no estado de vida e saúde do idoso (GONÇALVES, 2011). Esse instrumento possibilita avaliar a funcionalidade familiar segundo a posição do escore total obtido das respostas dadas e cuja amplitude de respostas vai de 0 a 20. Alto escore ou alta pontuação indica família com adequada adaptação aos novos hábitos e rotinas e necessidade de cuidados de um membro familiar. Avaliam-se as respostas classificando-se em três tipos de dinâmica familiar: altamente funcional (13 a 20 pontos), moderadamente funcional (9 a 12 pontos) e família com disfunção acentuada (0 a 8 pontos) (SHORTRIDGE-BAGGETT, 2004).

A dinâmica familiar avaliada pelo APGAR de família, da óptica dos idosos, demonstrou que a funcionalidade familiar está adequada visto que a maioria deles respondeu ter família com Boa Funcionalidade (Cf. Tabela 2).

TABELA 2 – Avaliação da dinâmica de família, segundo o APGAR, da óptica dos idosos de Alter-do-Chão, Santarém-PA, 2012.

<b>Avaliação do APGAR de Família</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
- Boa Funcionalidade	29	94,0
- Moderada Funcionalidade	2	6,0
- Elevada disfuncionalidade	-	-

Pode-se inferir que a vida em família dentro de uma casa, em que o idoso pouco permanece sozinho, contribui para uma boa relação familiar com os demais

membros, fazendo com que o mesmo tenha respondido sobre a dinâmica de sua família com escore elevado.

O perfil local dos idosos de Alter-do-Chão é de uma população com vida ativa, que convive com doenças crônicas, mas são independentes para suas atividades. Poderão, contudo necessitar de cuidados nos próximos anos, e assim, conhecer a família potencial cuidadora é essencial para um diagnóstico desse tipo para dimensionar cuidados de saúde, em particular de enfermagem.

#### **4.2 Conhecendo os familiares (potenciais cuidadores) dos idosos e suas condições de vida e saúde**

A família é um sistema complexo e polissêmico que vem mudando a configuração nas últimas décadas. O que poderia ser chamada de família do século XXI é aquela em que casais têm menos filhos, a mulher passa a assumir novos papéis, a longevidade está presente e o papel de avós e bisavós passa a ser mais duradouro. Com a fase da velhice chegando, esta instituição passa por mudanças que, dependendo de como foi constituída a base familiar, passará a lidar com o processo de envelhecimento (patológico ou não) e os desafios de uma maneira saudável ou não de seus membros em geral. É nesse momento em que o idoso pertence a um núcleo familiar, que o profissional de saúde pode e deve intervir avaliando a saúde dos membros da família, sejam os idosos, os cuidadores, e/ou futuros cuidadores haja vista que apesar do idoso poder não necessitar de cuidados integrais naquele momento, poderá necessitar num futuro não muito distante (FALCÃO, BAPTISTA, 2010; FALCÃO, 2006).

Em todo o mundo, o cuidado ao idoso é majoritariamente realizado pela família, em casa, com os idosos sendo assistidos por seus entes queridos. No Brasil, apenas 0,8% dos idosos vive em Instituições de Longa Permanência (ILPI), número muito baixo comparado aos idosos europeus que essa taxa é de 12%. Logo, os idosos brasileiros tem essa característica de envelhecer e morrer no seio familiar, e sendo assim, esse cuidador deve estar preparado para realizar tais atividades (CAMARANO, 2007).

Dessa forma, é necessário que o idoso seja estudado junto com a família, principalmente no que se refere aos componentes da família, estrutura e interação familiar, atmosfera familiar, valores familiares e nível de estresse da família, e assim, as condições de vida e saúde sejam mais bem conhecidas pelos profissionais de saúde para possíveis intervenções (FALCÃO, 2006).

A Tabela 3 a seguir apresenta o perfil de familiares dos idosos (potenciais cuidadores) segundo as variáveis coletadas com o Questionário de Perfil da Família Cuidadora (QPFC).

TABELA 3 – Dados sócio-demográficos, hábitos de vida e condições de saúde dos familiares dos idosos de Alter-do-Chão, segundo gênero, Santarém-PA, 2012.

<b>PERFIL DOS FAMILIARES</b>					
Genero	Homem (n 7, 23%)		Mulher (n 24, 77%)		total
<b>Grupo etário</b>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i> %
20-35	4	57,0	6	25,0	10 33,0
36-50	2	29,0	11	46,0	13 42,0
51 +	1	14,0	7	29,0	8 25,0
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Solteiro	3	43,0	11	46,0	14 45,0
Casado	4	57,0	13	54,0	17 55,0
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Até 4 anos	3	43,0	14	58,0	17 55,0
4 a 8 anos	3	43,0	8	33,0	11 35,0
+ 8 anos	1	14,0	2	9,0	3 10,0
<b>RELIGIÃO QUE PROFESSA</b>					
Católico	27	87,0			
Protestante	4	13,0			
<b>OCUPAÇÃO ATUAL</b>					
Sim	16			52,0	
Não	14			45,0	
Aposentado	1			3,0	
<b>PARENTESCO</b>					
Cônjuge	3			10,0	
Filha/Nora	17			55,0	
Filho/Genro	7			22,0	
Neta	1			3,0	
Outros: irmãos/amigo	3			10,0	
<b>AUTO-PERCEPCAO DE SAÚDE</b>					
Ótima/Boa	21			68,0	
Regular	9			29,0	
Ruim/muito ruim	1			3,0	
<b>PROBLEMAS DE SAÚDE REFERIDOS</b>					
Doenças do Sistema Circulatório			1		
Doenças Endócrinas			4		
Doença da Visão			1		
Doenças do Sistema Musculoesquelético			2		
<b>TOTAL</b>			<b>8</b>	<b>29,0</b>	

Nessa tabela, caracterizam-se os possíveis cuidadores familiares indicados pelos idosos, com um perfil de vida e saúde. Avaliou-se ainda o estilo de vida e a qualidade de vida, relacionados à saúde.

Caldas (2003) reafirma, que em geral o cuidado ao idoso é prestado por mulheres, sendo mais um papel que as mulheres assumem, visto como natural inscrito na função da mulher socialmente como mãe. A autora ainda destaca uma importante variável, a faixa etária desses cuidadores, sendo bem frequente da mesma geração dos idosos, onde são “idosos jovens independentes” cuidando de “idosos dependentes”. Em relação ao parentesco do cuidador e idoso, pesquisas apontam que em geral o cuidado é prestado pelo cônjuge em primeiro lugar, e filhos em segundo lugar, o que não foi a tônica das respostas nesse estudo que prevaleceu a indicação de filhas e noras, possivelmente motivada pela expectativa dos idosos (KARSCH, 2003; PERRACINI; NERI, 2002).

O sexo, o parentesco e a disponibilidade em oferecer algum tipo de suporte aos idosos, são os três fatores considerados importantes na hora de decidir sobre o cuidado de um familiar (MENDES apud CALDAS, 1998; NERI; SOMMERHALDER, 2002).

Bianco (2003) identificou em seu estudo um maior grau de escolaridade do cuidador em relação ao idoso, a autora afirma que esse fato pode influenciar na qualidade do cuidado, através da leitura com acesso de informações atualizadas para lidar com certas dificuldades e problemas dos idosos, pela escrita, podendo fazer anotações em relação ao cuidado oferecido, como controle das medicações e pela fala, por possuírem maior capacidade verbal para ajudar o idoso a expressar suas necessidades, acompanhando esses idosos durante as consultas. Por outro lado, podem gerar conflitos interpessoais, por influenciar o modo como o cuidador e o idoso entendem ou interpretam as situações que vivenciam.

Os cuidadores muitas vezes abandonam ou deixam em segundo plano sua profissão, o autocuidado e as atividades de lazer, podendo influenciar de forma negativa em sua qualidade de vida e do cuidado oferecido ao idoso (CORREA *et al.*, 2009, INOUE *et al.*, 2009; MEIRA, GONÇALVES, XAVIER, 2007).

Oliveira e D'Elboux (2012) em sua pesquisa identificaram que é grande o ônus para os cuidadores em condições sociodemográficas desfavoráveis, estes

apresentam grande vulnerabilidade para problemas de saúde psíquicos e físicos, além dos problemas financeiros. Quando se trata de um idoso cuidando de outro idoso, o cuidado pode ser um fator de risco independente de morte para estes idosos. As autoras detectaram também que esses cuidadores em relação ao papel de cuidador do idoso, possuem sentimentos de ambivalência, às vezes sentimentos negativos em relação a sobrecarga de funções (função do cuidar, função doméstica e sustentação financeira do lar) e às vezes positivas, sentimentos como “companheirismo, empatia, amor e gratidão para com seu familiar cuidado”.

Quanto as condições de saúde, Sena *et al.* (2006) afirmam que a falta de um suporte eficaz pelos serviços de saúde e a ausência de outros familiares, faz com que diminuam a qualidade de vida dos cuidadores. Gonçalves *et al.* (2006), encontraram em seu estudo que as doenças que mais acometeram os cuidadores foram Hipertensão Arterial (HA) e outros problemas cardiovasculares, seguido de problemas osteomusculares e em terceiro lugar a Diabetes Mellitus (DM). A pesquisa de Mendes, Miranda e Borges (2010) corroboram esses achados, evidenciando que quando esses cuidadores estão em sobrecarga de funções e em situação de estresse, estes referem depressão, ansiedade, dor muscular, cefaleias constantes, insônia, além de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Os familiares no presente estudo, mesmo não sendo ainda cuidadores, em mais de um terço deles (39%), já sofrem de algumas doenças de natureza crônica, o que está a merecer atenção de saúde.

Nahas, Barros e Francalacci (2000) descrevem que vivenciamos a “era do estilo de vida”, no qual a maneira de como se vive, influência a saúde em geral. São os comportamentos do dia-a-dia que afetam a saúde do homem (além do ambiente e a situação médico-assistencial), como hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, e reação ao estresse. Recentemente além dessas três características, acrescentaram o comportamento preventivo em saúde, formando a escala denominada “pentágulo do bem-estar de Nahas” (NAHAS, 1996). Nahas, Barros e Francalacci (2000) apresentaram em seu artigo sobre construção da dita escala, a incorporação de tais características propondo um novo pentágulo do bem-estar. Assim, avalia-se o estilo de vida, segundo a escala “Pentágulo do Bem Estar de Nahas”, nas 5 dimensões: Atividade física, Nutrição, Controle do Estresse, Relacionamento Social e Comportamento Preventivo. Cada dimensão comporta 3

questões com 4 opções de respostas numa escala de 0 a 3, em que zero significa negativo, 1 regular, 2 positivo e 3 altamente positivo. Considerando a escala de 5 dimensões, a amplitude de possibilidade de respostas vai de zero a 45 pontos ou escores totais, significando: quanto mais alta a pontuação, mais adequado é o estilo de vida. Cada dimensão pode ser analisada separadamente. Tal instrumento, tem função prática para uso clínico, como também útil para uso em pesquisa, com índices de confiabilidade e validade atestados pelos autores (NAHAS, BARROS E FRANCALACCI, 2000).

Os familiares aqui, em sua maioria (81%) responderam a escala com pontuação acima de 30 pontos representando avaliação muito positiva nas dimensões, com exceção das de nutrição e atividade física com avaliação menos positiva, denotando que eles demonstram um adequado estilo de vida relacionado à saúde. Contudo, em menor frequência, a dimensão controle de estresse obteve resposta menos positiva.

As atividades físicas proporcionam inúmeros benefícios na diminuição de riscos de cardiopatias, na melhora da autoestima e saúde mental, em contatos sociais, na diminuição de agravos de condições crônicas; no entanto, é pouco enfatizada nos serviços de saúde a prática de exercícios por um adulto que um dia será idoso, e, quando este dia chegar, tornar-se-á uma pessoa sedentária. Há que se buscar a promoção de hábitos saudáveis desde a vida adulta, para que no envelhecimento, este possa ser vivido de maneira saudável e ativa (OMS, 2006; SOUSA; NOGUEIRA, 2011).

No que tange à nutrição, pesquisas mostram a relação das práticas alimentares e o surgimento de doenças, sobretudo crônicas, tornando quase obrigatória a re-educação nutricional no controle dessas doenças. (CERVATO *et al.*, 2005). Há que se considerar o cardápio alimentar que varia de cultura para cultura e as influências que as pessoas sofrem do ambiente em que vivem em sua prática de reeducação nutricional.

Em relação ao estresse, vários são os estudos que apontam que o cuidador de idoso está vulnerável ao estresse, seja pelo grau de dependência do idoso, a necessidade de cuidado especial, falta de preparo para o papel de cuidar, falta de recursos financeiros, moradia inadequada para acomodar o idoso, isolamento social do cuidador (CAOVILLA, 2001; GONÇALVES *et al.*, 2006; THOBER;

CREUTZBERG; VIEGAS, 2005). Por isso, o enfrentamento do estresse pelo familiar cuidador é um tópico que deve merecer atenção dos serviços de saúde ao atender idosos em âmbito doméstico, contemplando recursos pessoais e ambientais (GOLDSTEIN, 1995).

Investigar a Qualidade de Vida (QV) gera informações uteis para identificar reais necessidades de saúde, fazer comparações e definir prioridades (AZEVEDO *et al.*, 2013; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Nesse estudo aplicou-se o instrumento WHOQOL-Breve composto por 26 questões de facetas relacionadas à qualidade de vida, distribuídas em quatro domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente. Integram o domínio da saúde física, as facetas: atividades da vida diária, dependência de substâncias medicinais e ajuda médica, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, sono e repouso, e capacidade para o trabalho. No domínio psicológico: imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e positivos, autoestima, espiritualidade/religião/crenças pessoais e pensamento, aprendizagem, memória, e concentração. No domínio relações sociais: as relações pessoais, apoio social e atividade sexual. E, no domínio ambiente: recursos financeiros, segurança, liberdade e segurança física, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade do ambiente doméstico, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (FLECK *et al.*, 2000).

A avaliação de qualidade de vida é obtida analisando-se as respostas de cada domínio convertidas em amplitude de zero a 100 e calculadas as médias, não existindo um ponto de corte que indique médias desejáveis, porém, quanto mais alta as médias, melhor a percepção da qualidade de vida a pessoa tem (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Nesse estudo, a percepção de QV dos familiares se enquadrou nas médias: de 65,0% no Domínio da Saúde Física; de 75,4% no Domínio Psicológico; de 75,8% no Domínio do Ambiente; e de 87,6% no Domínio das Relações Sociais.

A média mais baixa de QV obtida no domínio da saúde física em relação aos demais demonstra certa deficiência correspondendo a algumas respostas dadas de sofrer afecções crônicas e de não lidar bem com o estresse ao responder sobre o

estilo de vida, embora do aspecto da autopercepção do estado de saúde a maioria dos familiares ter respondido ser bom para ótimo. A média mais alta obtida no domínio das relações sociais poderá compensar certas deficiências da arena física, pois segundo Bianco (2003) a qualidade da relação entre os membros familiares e entes queridos pode refletir na manutenção e promoção da qualidade de vida das pessoas, desde que o provimento de suporte social seja adequado às diversas circunstâncias da vida.

Como visto nessa avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde dos idosos e seus familiares (potenciais cuidadores no futuro) de Alter-do-Chão, os dados de modo geral mostraram-se positivos, requerendo intervenções na manutenção da saúde e promoção do envelhecimento ativo.

O enfermeiro e a equipe de enfermagem são os grandes responsáveis pela articulação entre esses idosos/famílias e o sistema de saúde local, visto que a estratégia de saúde da família, coordenada pelo enfermeiro, tem o papel essencial na atenção da unidade familiar, e em nosso caso, famílias com membros idosos e futuros membros cuidadores que também requer atenção especial de saúde, além de aprendizagem de cuidados no processo de envelhecimento para cuidar do idoso e de si próprio, que também está a envelhecer. A interação entre os diversos setores públicos deve ser buscada, visto que a saúde e bem estar não depende unicamente do sistema de saúde, mas de todos os serviços presentes na comunidade.

Dessa forma, ter buscado um grupo de convivência um espaço para se discutir práticas de saúde no envelhecimento, contribuiu para essa intersetorialidade necessária na busca por melhor qualidade de vida e do bem viver na velhice.

#### **4.3 Testagem da tecnologia cuidativo-educacional de atenção básica de saúde voltada ao bem viver de um grupo de idosos de Alter-do-chão**

Uma testagem inicial de desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional voltada ao bem viver de um grupo de idosos, com base na avaliação diagnóstica prévia, resultou em alguns achados, questionamentos, encaminhamentos e implicações sobretudo de ordem prática de atenção básica, no que concerne à educação para a saúde, conforme descrições a seguir.

As tecnologias cuidativo-educacionais são importantes para a educação em saúde junto a idosos, pois podem mediar ações com vistas a proporcionar um viver saudável, a compensação de limites e incapacidades, e a provisão de apoio e controle no envelhecer. Isto permite a inclusão desses idosos como partícipes ativos de sua condição de saúde, e não receptores passivos de cuidados, pois passam a decidir o que quer conhecer mais e propõem atividades para serem trabalhadas em conjunto (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Como visto, o teste de desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional aplicável à atividades de educação à saúde voltada a população idosa, com vistas à vivência em família e comunidade, se deu adotando-se o método da PCA onde a pesquisa e a prática correm juntas. O propósito aqui foi a construção de conhecimento, ou melhor, a iniciação de construção de conhecimentos da dita tecnologia nos moldes da tecnologia leve e leve-dura de Merhy (2000), com perspectivas de envelhecimento ativo e saudável, privilegiando o exercício da cidadania, vida digna e proteção social.

#### 4.3.1 OS ENCONTROS EM GRUPOS DE CONVERGÊNCIA

Em conformidade com o método, a implementação da tecnologia se deu na modalidade de grupo de convergência (TRENTINI; GONÇALVES, 2000), com atividade grupal semanal por durante dois meses (abril-junho, 2013), observando preceitos e procedimentos próprios de compromisso grupal na construção de um trabalho em ato de aprendizagem de comportamentos de cuidados da vida e saúde enquanto envelhecendo.

Os encontros de testagem da tecnologia, num total de oito, foram realizados de forma integrada ao funcionamento do Grupo de Convivência de idosos, com a anuência da Secretaria Municipal de Assistência Social, que o coordena. Esse grupo de convivência se reúne duas vezes na semana e realiza atividades de lazer.

As atividades destinadas à tecnologia em cada encontro tinham uma duração média de 50 minutos e a participação média foi de 7 a 10 idosos em cada encontro. Iniciavam-se as atividades com a acolhida do enfermeiro-pesquisador que dava as boas-vindas e fazia sempre uma síntese retrospectiva do encontro anterior para

então seguir as atividades programadas para aquele dia. O 1º Encontro teve a seguinte orientação:

a) Acolhimento dos participantes, estabelecimento de regras de trabalho grupal incluindo a ética de grupo, acordos gerais de construção de trabalho coletivo e compromissos.

b) Apresentação da proposta de desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional a partir da avaliação diagnóstica das condições de vida e saúde da amostra de idosos e familiares, da qual os participantes são integrantes.

c) Debate entre os participantes, mediado pelo enfermeiro pesquisador, buscando inspiração para pensar, a partir do diagnóstico revisto, busca de conhecimentos (definindo-os) e de modos de agir para um comportamento de vida e saúde desejável e possível. Desse debate emergirão temáticas a trabalhar nos próximos seis encontros.

d) Definição grupal de estratégias a adotar no trabalho proposto e estabelecimento de acordos na realização de atividades, doravante.

Os primeiros dois encontros e o último tiveram objetivos específicos previstos de antemão como orientações gerais de desenvolvimento da tecnologia em questão. Quanto aos procedimentos de modo geral, a partir do 3º encontro ao 7º encontro, foram guiados pelo referencial adotado de trabalhar com os usuários, e não para os usuários, assim o enfermeiro-pesquisador, mediador do trabalho grupal se preparou para atuar como um orientador, e dispor-se de estrutura e recursos mínimos para trabalhar, em tempo real, com temáticas de interesse lançadas pelos participantes. Nesse sentido, a avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde apresentada no 2º encontro foi o ponto de partida para que idosos apontassem um elenco mais amplo de temas-problema que merecessem ser trabalhados. Após as indicações o enfermeiro-pesquisador providenciou a provisão de estratégias possíveis para a concretização da aprendizagem reflexiva entre os participantes grupais. Uma síntese do conteúdo trabalhado em todos os encontros e anotações essenciais inscreve-se no quadro abaixo:

ENCONTRO	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Temática</b>	Os Encontros: apresentação geral dos trabalhos a serem desenvolvidos	Diagnóstico de vida e saúde e Estilo de Vida de Nahas	Solidariedade/Companheirismo na Velhice	A visita entre Pares de idosos	Direitos dos Idosos/Cidadania e Fortalecimento Grupal	Medicamentos Anti-Hipertensivos e Medicina Popular	Artrite/Artrose Câncer de mama e colo de útero A Visita entre Pares de idosos	Avaliação
<b>Objetivo</b>	Apresentar a sequência e dinâmica dos encontros; Levantar sugestões de temáticas para os próximos encontros; Realizar acordos de grupo como pontualidade, assiduidade, respeito aos outros.	Validar o diagnóstico de vida e saúde realizado; Aplicar o Estilo de Vida de Nahas	Discutir a solidariedade e o companheirismo na velhice; Estruturar as visitas entre Pares de idosos.	Discutir a importância da solidariedade, da família, do idoso; Treinar a memória, a atenção, a destreza.	Discutir o direito dos idosos e a cidadania; Enfatizar meios para o fortalecimento grupal.	I Identificar e Discutir a medicina tradicional e a popular.	Discutir sobre as doenças que acometem muitas mulheres idosas Discutir as experiências com as Visitas entre Pares de idosos	Realizar o fechamento geral dos encontros. Despedida do enfermeiro pesquisador com os idosos.
<b>Estratégia Educacional</b>	Roda de Conversa	Roda de conversa;	Roda de Conversa, Leitura de Trechos do Livro “Terapia da Ajuda.”	Roda de Conversa;	Roda de conversa.	Exposição Dialogada com audiovisual (Datashow)	Exposição Dialogada com audiovisual (Datashow)	Rodas de conversa. Dinâmica da Carinha (Que bom, Que Tal, Que Pena) ☺ / ☹
<b>Tarefas</b>		Verificação dos possíveis idosos a serem visitados nos domicílios; Indicação para a 1ª leitura: Livro Terapia da Ajuda	Programação das Visitas entre pares de Idosos nos domicílios de idosos indicados pelo Grupo	Bingo		Realização da Visita entre Pares de idosos		
<b>Síntese do Encontro e Avaliação</b>	Houve a apresentação geral do grupo e os acordos foram feitos quanto às dinâmicas a serem utilizadas em todos os Encontros; Houve reforço à motivação do grupo; Houve a discussão da	Houve a validação do Diagnóstico de vida e saúde; Houve a indicação de mais temáticas para os próximos encontros: treino	O encontro foi proveitoso à medida que os idosos demonstraram interesse em ir visitar os outros idosos que estavam em casa.	Houve manifestação de interesse em realizar as visitas. Identificou-se a presença do sentimento de ‘ser solidário’ entre eles,	Os idosos demonstraram interesse em conhecer os medicamentos prescritos Identificou-se que utilizam a medicina local e	Os idosos demonstraram interesse em conhecer os medicamentos prescritos Identificou-se que utilizam a medicina local e	O encontro foi produtivo Percebeu-se que há que se ter cuidado com a forma de trabalhar assuntos de saúde visto que os	Os idosos avaliaram de forma positiva os encontros e demonstram que há a necessidade de profissionais da saúde estarem lá com eles.

	<p>estratégia de Visitas entre pares de Idosos; Houve a indicação das seguintes temáticas de interesse: doenças do idoso (artrite/artrose, câncer de mama e câncer de útero; medicamentos utilizados para hipertensão.</p>	<p>de memória, direitos dos idosos e cidadania; Houve a aplicação do Estilo de Vida de Nahas.</p>	<p>A ideia da leitura do livro mostrou-se eficaz visto que ficavam atentos quando os trechos eram lidos.</p>	<p>ajudando-os na qualidade de vida, felicidade e alegria. O bingo mostrou-se como importante estratégia para trabalhar a atenção, memória e destreza dos idosos. Observou-se ainda que entre eles há um comércio, pois algumas idosas bordam, e trazem suas peças para serem vendidas no grupo. Verificou-se que fazem do espaço grupal, um espaço para desenvolverem atividades de compra/venda.</p>	<p>popular. Mostraram-se entusiasmados em realizar mais visitas.</p>	<p>popular. Mostraram-se entusiasmados em realizar mais visitas.</p>	<p>idosos muitas vezes não conseguem ficar concentrados por muito tempo em informações de slides, folder's.</p> <p>Quanto a visita entre Pares de Idosos, verificou-se que tem potencial como tecnologia cuidativo-educacional para o agir da enfermeira e a equipe do CRAS visto que os idosos gostaram de realiza-las, momento em que puderam reforçar o valor do envelhecimento ativo e saudável</p>	<p>A volta de duas idosas para o grupo, fez com que fosse um dia de festa para o grupo.</p>
<p><b>Outras observações</b></p>	<p>A Festa das Flores, realizada no mês de maio, foi considerada muito importante para os idosos, e mereceu destaque nos Encontros seguintes.</p>	<p>O resultado da aplicação mostrou resultados iguais aos obtidos anteriormente, não ocorrendo alterações das dimensões trabalhadas.</p>						

Quadro 1 - Síntese dos encontros grupais de desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional junto a idosos de Alter do Chão, abril-jun. 2013.

Os encontros, com base na Dimensão Tecnológica do Agir do enfermeiro, revelaram-se como tecnologia leve de cuidado considerando aspectos relacionais em que o enfermeiro-pesquisador teve o papel de conduzir uma discussão enfatizando o cotidiano dos idosos. Nessa perspectiva, as reuniões grupais tinham o propósito de desenvolver uma prática educativa do enfermeiro cujo fazer tecnológico adotando uma postura não impositiva, ajudava provocando repensar hábitos saudáveis nos idosos (FRANCO; MERHY, 2012).

Nesse sentido, a relação enfermeiro-idoso/participante do grupo fez com que fosse concretizada a relação eu-tu a partir do momento em que foram compartilhados saberes e experiências, e negociadas de forma mútua as temáticas trabalhadas, com o intuito de buscar inovação do grupo (TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014; GOMES, 2010) que passou a realizar atividades extras como visita domiciliar aos seus pares idosos que por alguma questão de doença ou de dificuldade de locomoção, não estavam participando mais do Grupo de Convivência.

A testagem dessa proposição tecnológica permitiu-nos afirmar que o fazer do enfermeiro na atenção básica precisa ser inovador abrindo espaço dialógico com os usuários idosos na troca de saberes e experiências, parte do processo de cuidar/educar em saúde. Nessa perspectiva, as relações enquanto tecnologia vão sendo concretizadas e evidenciadas como práticas de cuidado eficazes para o bem-estar, pois passam a ser entendidas como produto da construção mútua da relação entre enfermeiro/usuário idoso (ROSSI; LIMA, 2005).

O passo inicial dado com este estudo constitui nossa proposição a favor da promoção/inserção de tecnologias inovadas no campo da atenção à saúde do idoso, buscando atender as necessidades sociais dessa população que vive em regiões periféricas, como Alter-do-Chão, pois se espera que a produção de bens-relações no fazer em saúde seja priorizada (KOERICH *et al.*, 2006).

#### 4.3.2 ALGUMAS INCURSÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS NO CONTEÚDO DIALÓGICO DOS IDOSOS

A partir da análise temática do discurso dialógico dos idosos que ocorreu nos oito encontros, foram identificados quatro temas recorrentes que emergiram com

maior ênfase: questões de saúde-doença, inclusão social, solidariedade, e cidadania. Vejamos cada um a seguir.

*As questões de saúde-doença*, convergiram com a Dimensão Teórica do Cuidar, pois se revelaram aspectos do modelo do Sol Nascente da Teoria de Leininger, como os valores da prática popular, estilos de vida e visão de mundo, nos momentos em que os idosos puderam discutir os sistemas de cuidado, tanto o popular quanto o profissional, e compartilharam o que é propagado na comunidade (MARTINS; ALVIM, 2012). Nesse sentido, o espaço grupal se tornou um momento de partilha em que não se excluiu o saber prévio dos idosos conforme pode-se constatar nos depoimentos que seguem:

A filha dela disse que chamou um puxador e que logo ela ficou bem (Encontro 4).

Ela que benze muita criança. Quando tá com mal olhado (Encontro 5).

Bem, ele é um senhor que puxa a gente aqui na vila . Ele é muito bom. Quando a gente tá com rasgadura, espinhela caída. Tudo isso ele trata [...]. Outro dia, eu cai. Fiquei dolorida. Fui lá nele. Ele puxou, e fiquei boazinha [...]. Tudo isso que estão falando são práticas como vocês mesmo dizem, herdadas de pai para filho, são muitas gerações que vem passando esses conhecimentos, acredito que, aliado com o nosso trabalho de profissional da saúde, podemos resolver muitos problemas de saúde com as parteiras, benzedeadas e puxadores (Encontro 6).

Os idosos enaltecem o sistema profissional quando este existe, mas referem queixas e reivindicações, como constatado nos depoimentos:

Podia ser falado também sobre esse problema que a gente tem nas juntas, artrose [...]. Tem uns que participavam aqui no grupo, mas tiveram derrame ou outra doença eles devem ficar tristes em casa precisam ser visitados (Encontro 1).

A enfermeira faz um bom trabalho com a gente sempre que a gente precisa de médico, remédio e exames a gente consegue (Encontro 2).

Esses dias ela estava alta (Encontro 4).

O médico também é bem legal, faz até aquelas agulhas na gente, me sinto bem com aquilo [...]. Olha, essa caminhada que fiz, o senhor acredita que minha pressão parece que melhorou (Encontro 5).

Eu tenho artrose, mas depois que comecei a fazer a hidroginástica, melhorou bastante (Encontro 7).

mas é preciso que a gente aqui no grupo tenha alguém com a gente, a enfermeira, o médico (Encontro 8).

O estudo de Teixeira e Ferreira (2009) com acompanhantes de idosos hospitalizados constatou que esses acompanhantes são em sua maioria leigos, integrando o sistema popular de cuidado, de característica informal, em contraponto com o sistema profissional, de característica formal. Quando os idosos se encontram em um espaço de cuidado formal tanto eles quanto os cuidadores, perdem autonomia e poder de decisão, pois os cuidados seguem caráter profissional e tecnológico, com normas e rotinas que a instituição exige. As autoras ressaltam que embora os dois tipos de cuidado sejam diferentes, pois o sistema popular elabora seus saberes a partir da experiência concreta, e os saberes profissionais com base em conhecimentos científicos, torna-se relevante compartilhar os saberes, pois poderá servir de base para melhor entender as pessoas, aqui os idosos e seus familiares.

As questões de saúde-doença que preocupam os idosos, também se revelaram no estudo de Andrade (2003), evidenciando que os idosos em relação aos cuidados curativos ou profissionais, eles recorrem também a outras formas de terapia, além da alopatia. Essa busca por terapias alternativas pode ser devido à relação vertical e assimétrica que costuma acontecer entre os profissionais e os usuários.

A *inclusão social* é bastante valorizada pelos idosos quando defendem a necessidade de estarem juntos no grupo de convivência e se envolverem em atividades sociais, participarem de eventos comunitários, pois isto faz-os sentirem bem, serem incluídos e valorizados na comunidade. Reconhecem o espaço grupal como um local de trocas de afetos e de sentimentos que precisam para um viver saudável. Torres e Sá (2008, p. 5) afirmam que “a inclusão, significa fazer parte, se sentir pertencente, ser compreendido em sua condição da vida e humanidade. É se sentir pertencente como pessoa humana, singular e ao mesmo tempo coletiva”.

Alguns depoimentos atestam o valor da inclusão social:

A nossa festa das Flores está chegando e precisamos arrumar tudo para ficar bem bonito (Encontro 1).

Olha, isso tudo aí, eu acho que é o que a gente vem fazer aqui no grupo, a gente ri, brinca com os outros, conta piada, é assim mesmo, não deixa sentir doente [...]. Esse nosso grupo tem coisa boa pra gente Eu pego minhas coisas e saio. Venho pra cá pro grupo, converso com as pessoas. É muito legal (Encontro 3).

Quem dera se viesse mais gente pra cá, é preciso convidar mais gente, descobrir quem está sozinho [...]. Ela também disse que estava doida para voltar a dançar [...]. tem gente que tá perdida e precisa que a gente vá convidar para vir pra cá (Encontro 4).

E assim ir convidando mais gente pra participar (Encontro 5).

A gente tem que promover também mais eventos e chamar mais idosos pra alegrar mais (Encontro 5 e 8).

Para Neri (2005, p. 8), a rede de suporte social é definida como “conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos de relações de dar e receber”. Para os idosos essa rede de suporte social é representada pelos filhos e suas famílias, além destes, os amigos e vizinhos também compõem essa rede.

A comunidade é primordial para a rede de suporte social do idoso, podendo garantir a realização de programas que incentivem o envelhecimento saudável. Domingues *et al.* (2011), afirmam a importância de estimular o apoio comunitário aos idosos, visto que a fonte primária (filhos e cônjuges) de atenção à esses idosos está diminuindo acentuadamente.

A *solidariedade* para com os pares idosos que estão doentes e sós em casa ou impossibilitados de locomover-se para participar do grupo de convivência, emergiu entre os idosos, quando foram apresentados e discutidos os resultados das condições de vida e saúde dos possíveis cuidadores de idosos em situação de fragilidade. Do plano da discussão, rapidamente transformou-se em um plano concreto e objetivo, resultando na visita domiciliar ao companheiro doente, tarefa realizada pelos idosos no desenvolvimento da tecnologia cuidativo-educacional, conforme se pode observar em seus depoimentos:

nós precisamos mesmo fazer essas visitas, tem tanto idoso que não recebe nenhuma visita [...] às vezes ainda é só o padre e o pessoal da igreja que vai visitar [...] eu aceito fazer essa visita (Encontro 1).

quando a gente presta uma ajuda ao nosso irmão, estamos também ajudando a nós [...]. Sempre tem alguém precisando da gente. É um vizinho. Um parente. Não é só na doença não [...]. A gente deve ir na casa desses idosos. Ontem mesmo uma vizinha minha soube que ela estava doente há uns dias e eu nem sabia [...]. quando alimentamos esse dom que Deus dá pra gente, a nossa vida pode ficar muito melhor, porque tem tanta gente que precisa, e a gente consegue sim dar um pouco do que tem para o outro (Encontro 3).

Falta a gente fazer mais isso. Eu gostei dessas visitas [...]. Levamos pra ele umas torradas, um café. Não custa nada a gente fazer essa caridade (Encontro 4).

Dava pra gente visitar também quem não está doente. [...] quando a gente tá doente as pessoas visitam a gente [...]. Podem convidar a assistente social aqui do CRAS, a psicóloga, a própria enfermeira. Tenho certeza que elas acompanharão vocês. E a visita pode ficar mais completa [...]. Lembrem que esse espaço do grupo, é um espaço de fraternidade e onde se conversa, brinca. Cuida da saúde. Com certeza, os resultados são muito bons para o envelhecimento aqui em Alter do Chão (Encontro 5).

Acho que, até mesmo pela nossa religião, devemos ser mais caridosos. Visitar, compartilhar o que a gente tem (Encontro 8).

Silva, Bocchi e Bousso (2008) afirmam que ser solidário significa agir com responsabilidade nas relações (por si e pelo outro). Araújo, Coutinho e Carvalho (2005), em seu estudo com idosos que participam em grupos de convivência observaram que estes idosos representam o convívio grupal como um espaço onde eles encontram solidariedade, e incentivados ao desenvolvimento de redes psicossociais de afeto, ajudando a conviver melhor com o envelhecimento.

A tarefa realizada pelos idosos, que foi a visita aos pares idosos fragilizados e confinados ao lar, levou em consideração o ambiente cultural, a partir do momento em que se buscou fazer a visita na comunidade para ajudar os outros parceiros idosos que não mais frequentavam as atividades do grupo de convivência. Assim, a enfermagem foi além do modelo técnico-racional, pois o enfermeiro pesquisador permitiu que os idosos visitassem e se relacionassem com os idosos doentes ou fragilizados confinados em suas residências, e nessa relação, ambos foram atores do processo de cuidar, praticando de modo peculiar e sensível o cuidado de forma congruente para com o outro, o comparsa da mesma cultura.

Há que se pensar em alternativas para um agir educativo-cuidativo para esses idosos que se solidarizam com seus pares, incentivando-os a serem ativos nesse processo sensível de cuidar, preservando e promovendo esse cuidado cultural congruente, segundo os preceitos de Leininger.

Pacheco (2004) afirma que o ato de cuidar de um idoso dependente exige muito de quem pratica esse cuidar. O cuidador deve estar apto à auxiliar, estimular e executar as atividades básicas de vida diária do idoso, estimular a comunicação, a autoconfiança, observar as alterações emocionais, físicas, observar o meio ambiente, estando atento para as orientações dos profissionais de saúde, cuidando da medicação - se ela está sendo devidamente administrada, incentivando a prática de exercícios físicos, do lazer, entre outras. O cuidador de idoso em nosso meio costuma ser o familiar, muitas vezes, cônjuge idoso, ou familiares mulheres, que

necessitam também de atenção de saúde conforme detectado na avaliação diagnóstica (FONTES, 2011). Por isso, ao idoso visitante aqui, do idoso no domicílio, adverte-se atenção a tais observações acima e, orientado a ser um eficiente intermediário/portador de notícias para a equipe de profissionais da unidade básica de saúde, a qual possa dar continuidade de atendimento adequado e congruente, ao idoso necessitado de cuidados, no domicílio, como também assistência às necessidades dos familiares cuidadores.

*A cidadania, o exercício da cidadania*, aponta para uma prática política de defesa de si próprio que pessoas idosas vem descobrindo cada vez mais. Certamente tem sido estimulado por movimentos gerontológicos que incentivam a busca do exercício pleno de direitos e deveres, de protagonismo do próprio envelhecimento, com dignidade, com qualidade, com provisão de políticas protetoras e de atenção social que assegurem o ir e vir na sociedade (VERAS; CALDAS, 2004). Na própria concepção do desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educativa em questão está embutida a filosofia do sujeito idoso em postura ativa e em busca de um viver envelhecendo condigno. Alguns depoimentos denotam manifestação de cidadania:

A gente passa por cada vergonha. Os ônibus não param. A gente não enxerga as vezes qual é o ônibus. [...] Outro dia, o ônibus nem parou pra mim. Tive que esperar mais ainda. [...] Até que os motoristas aqui de Alter, já conhecem a gente, então não tem tanto problema. Agora quando chega em Santarém (querendo dizer que ainda tem que criar coragem para fazer valer seus direitos de passageiro de ônibus) (Encontro 5).

Os idosos reconhecem a importância dos serviços de saúde e do cuidado profissional realizados por profissionais da saúde, mas reclamam quando o atendimento é deficiente, e exigem mais explicações sobre a doença, o tratamento prescrito e os cuidados necessários, pois as instruções não são dadas devidamente. Indicam também que o lazer e a diversão são também promotores de saúde e devem fazer parte do dia a dia e por isso incitam os colegas do grupo à participar de atividades grupais como também assumir compromissos sociais como ajudar na organização da festa das flores da comunidade, ou ainda quando convencem os demais sobre a necessidade de manter vivo e cada vez mais expandido o grupo de convivência, congregando outros idosos que não sabiam nem como participar, tudo para manter ou criar vínculo social dos idosos na comunidade.

A cidadania dá direitos às pessoas até o fim de suas vidas para terem uma saúde dignamente atendida, moradia e transporte seguros, como um dever do Estado e da sociedade de modo geral. Os idosos, nem sempre têm estes direitos assegurados visto que em muitos casos, por preconceitos negativos, são tratados como incapazes e ficam invisíveis aos olhos da sociedade. Os cidadãos idosos têm deveres, mas deveriam ter todos os direitos assegurados de uma velhice com bem-estar e qualidade, por toda uma trajetória de vida de contribuição social (DUARTE, 2004).

Veras e Caldas (2004), afirmam que ao se criar estratégias de lazer, ensino, cultura e pesquisa, estruturam-se uma proposta de saúde coletiva baseada num modelo de vida ativa com cidadania. Para as autoras quando os profissionais de saúde entendem e priorizam o envelhecimento como campo de eleição de sua prática profissional e construção de saberes, estes tem a possibilidade de resgatar o valor social do idoso, podendo assegurar uma cidadania plena.

## *Capítulo 5*

---

## **5 CONSIDERACOES FINAIS: Implicações para o cuidado de enfermagem**

Da avaliação diagnóstica realizada dos usuários idosos e seus familiares da comunidade de Santarém, circunscrita a Unidade básica de saúde de Alter-do-Chão, inferimos que as condições de vida e saúde de idosos e de seus familiares são subsídios essenciais e guias ao agir cuidativo-educacional dos profissionais de saúde, que necessitam (re)conhecer a população que é cuidada. Tal reconhecimento não deve ser restrito aos perfil e indicadores epidemiológicos, mas ir além, em busca de informações complementares específicas segundo o contexto de aplicação e, os profissionais poderão, nesse sentido, adotar outros instrumentos, como os utilizados nesse estudo, que permitem uma avaliação da qualidade de vida, de estilo de vida e de funcionamento da dinâmica de família.

Os resultados da presente pesquisa em relação à avaliação diagnóstica mostraram que as condições de vida e saúde de idosos e de seus familiares, atendidos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, convivem com afecções crônicas, apresentam determinadas condições de vida e saúde que exigem atenção e acompanhamento e, na unidade familiar, declaram haver boa funcionalidade familiar da óptica dos idosos, porém há de se considerar com atenção especial a aqueles familiares, principalmente mulheres, potenciais cuidadoras de idosos, pois já demonstraram média razoável de índice de qualidade de vida, alguns tópicos como de atividade física, nutrição e controle de estresse necessitando ser trabalhados no que se refere ao bem estar e ao estilo de vida.

A aproximação da realidade dos idosos amazônidas e respectivas famílias, por meio do reconhecimento de suas peculiaridades de vida e saúde, torna-se imprescindível no desenvolvimento de ações de saúde com vistas às demandas regionais para que o cuidado de enfermagem seja desenvolvido de maneira diversificada de acordo com a realidade e cultura peculiar da população sob cuidados.

A testagem da tecnologia cuidativo-educacional para a atenção básica de saúde voltada ao bem viver de idosos moradores de Alter-do-Chão, mostrou-se um empreendimento complexo tanto para o enfermeiro pesquisador quanto para as enfermeiras em prática na atenção básica.

a) Convencer sobre a importância de tecnologias educacionais em atenção básica é inovadora e merece capacitação, pois o profissional enfermeiro é ainda formado e 'treinado' para resolver problemas mais do âmbito da gestão de unidades de serviço do que da gestão de cuidado propriamente dito e muito menos na perspectiva da educação em saúde. A educação em saúde ainda é um dos desafios para a atenção básica e para o cuidar-educar de idosos convivendo em família e comunidade, visto que o enfermeiro nem sempre prioriza em suas ações, atividades educativas, e acaba por concentrar seu agir, mais no cuidado curativo em detrimento de cuidado preventivo e de promoção, principalmente em se tratando de população idosa que exige atenção continuada e duradoura, considerando a condição de cronicidade prevalente entre idosos e que foi detectada na avaliação realizada.

b) Desenvolver uma tecnologia grupal, de caráter dialógico como roda de conversa, com estratégias plurais, junto aos idosos, o profissional enfermeiro precisa apropriar-se de subsídios teórico-práticos de educação em saúde, de preceitos de enfermagem gerontológica, que possibilitem propor, testar, implementar e avaliar ações tecnológicas cuidativo-educacionais, durante o seu ato de trabalho no cotidiano da atenção básica.

c) Os temas que emergiram nos encontros grupais para discussão, propostos pelos próprios idosos, vão além dos saberes de saúde no sentido restrito, como os temas relacionados à cidadania, inclusão social, rede de suporte social – determinantes do envelhecimento ativo – exigindo do enfermeiro educador, a necessária preparação em gerontocultura. O sistema de cuidado e de educação necessita ser considerado e visto de maneira intersectorializada compondo um sistema profissional abrangente, e ao mesmo tempo articulado com o sistema popular de tal ordem que as ações cuidativo-educacionais profissionais sejam congruentes (LEININGER, 1985) com o estilo de vida e necessidades de cuidados de saúde das populações específicas, sob cuidados, num contexto sociocultural particular.

d) O agir educativo desenvolvendo tecnologias cuidativo-educacionais segundo demandas da população idosa, usuária da atenção básica de saúde, configura-se em um grande desafio para a gerência do cuidar em enfermagem. A atenção básica é a mais importante porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, e os profissionais da equipe de saúde devem estar apostos a um grande

esforço para manter os usuários nesse nível de atenção, tornando-os aptos no cuidado de sua própria saúde, dentro do possível e, mais especificamente, estimulando os usuários idosos a tornarem-se protagonistas de seu próprio envelhecimento, com qualidade, apoiados por suas famílias, e assim, somente recorrendo à atenção de outros níveis de complexidade do sistema, nas reais necessidades.

## REFERENCIAS

- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 535-546, mar. 2008.
- ANDRADE, O. G. Representações sociais de saúde e doença na velhice. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 207-213, 2003.
- ARAÚJO, L. F. *et al.* Representações Sociais da Velhice entre Idosos que Participam de Grupos de Convivência. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 118-131, 2005.
- ARAÚJO, M. A. S.; BRITO, C.; BARBOSA, M. A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. **Geriatrics e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 122-125, 2008.
- AZEVEDO, A. L. S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set. 2013.
- BARBIERI, J. C. **Produção e transferência de tecnologia**. São Paulo: Ática, 1990.
- BARRA, D. C. C. *et al.* Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista8\\_3/sumario.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/sumario.htm)>. Acesso em: 10 fev 2013
- BERNSTEIN, L.; FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. Characterization of the use and misuse of medications by elderly ambulatory population. **Medical Care**, Miami, v. 27, n. 6, p. 654-663, 1989.
- BIANCO, M. A. **Relação de ajuda**: um estudo sobre idosos e seus cuidadores familiares. 2003. 137 f. Monografia (Graduação em Psicologia) Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, 2003.
- BORGES P. L. C. *et al.* Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, dez. 2008.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília: [s. n.], 2009. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_sau de.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf)>. Acesso em 10 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: [s. n.], 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 15 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Portaria MS/GM n. 1.395**, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/legislacao/nf/](http://www.planalto.gov.br/legislacao/nf/)>. Acesso em 20 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida**: em defesa do SUS e de gestão. Brasília: [s.n.], 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: [s.n.], 2008.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, 2003.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento populacional e transição epidemiológica: implicações para a Enfermagem. In: GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri: MANOLE, 2012. pp. 26-48.

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T.; LEMOS, V. R. Cuidado de longa duração para a pessoa idosa. uma questão de gênero? In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007. pp. 127-149.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60 ? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. pp. 25-73.

CAMARGOS, M. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. **Revista Brasileira de Estudos de população**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 37-51, 2007.

CANÇADO, F. A. X. HORTA, M. L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. pp. 839-856.

CAOVILLA, V. P. A doença de Alzheimer e o impacto na família. **Revista Terceira Idade**, São Paulo, v. 12, n. 22, 2001.

- CARREIRA, L. **Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica**: análise do conceito na perspectiva da família. 2006. 240 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- CERVATO, A. M. *et al.* Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 41-52, jan-fev. 2005.
- CESAR, J. A. *et al.* Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1835-1845, ago. 2008.
- CIRILO, A. C.; Affonso, B. D.; Horta, H. H. L. A enfermagem na promoção do envelhecimento saudável: preparo do idoso e sua família. **Investigação**, Franca, v. 10, n. 1, p. 19-25, 2010.
- CORREA, B. *et al.* Caregiver's education level, not income, as determining factor of dietary intake and nutritional status of individuals cared for at home. **The journal of nutrition, health & aging**, Nova York, v. 13, n. 7, p. 609-614, 2009.
- COSTA, R. M. *et al.* Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações. **Revista Geriatria & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 126-131, 2008.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: Métodos Qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DOMINGUEZ, M. A. *et al.* Instrumentos de avaliação de rede de suporte social a idosos. In: FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooglan, 2011. pp. 340-352.
- DUNN, J. E. *et al.* Mortality, disability, and falls in older persons: the role of underlying disease and disability. **American Journal of Public Health**, Nova York, v. 82, n. 3, p. 395-400, 1992.
- DUTI, E. Falls. **Medical Clinic North American**, Los Angeles, v. 73, n. 6, p. 1321-36, 1989.
- FALCÃO, D. V. S.; LOPES, A. A formação e a atuação profissional em gerontologia no Brasil: atenção à velhice e ao envelhecimento no século XXI. In: FALCÃO, D. V. S. **A família e o idoso**. Campinas: Papirus, 2010. p. 233-254.
- FLECK, M. P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FONTES, A. P. *et al.* Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. **Fragilidade, Saúde e Bem-estar em idosos**: dados do estudo FIBRA Campinas. Campinas: Alínea, 2011. pp. 55-74.

FORTES, A. F. A.; SOANES, A. M. N. C.; BRAGA, C. G. Teoria do cuidado cultural ou diversidade e universalidade do cuidado cultural: Madeleine Leininger. In: SILVA, J. V.; BRAGA, C. G. **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: Ítátria, 2011. p. 155-180.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em Saúde. **Revista Tempus** - Acta de Saúde Coletiva, Brasília, v. 6, n. 12, 151-163, 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO/SESC São Paulo. **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC São Paulo, 2007.

GOLDMAN, S. N. Velhice e Direitos Sociais. In: PAZ, S. F. *et al.* **Envelhecimento com cidadania**: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: ANG-RJ/ CBCISS, 2000. pp. 95-106.

GOLDSTEIN, L. L. Stress e coping na vida adulta e na velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**: Temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas: Papyrus, 1995. Paginação irregular.

GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontológica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 507-518, 2010.

GONÇALVES L. H. T. *et al.* Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, out-dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Tecnologias de/em enfermagem no cuidado da vida e saúde do cliente/usuário/paciente idoso. In: NIETSCHKE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. (Orgs). **Tecnologias cuidativo-educacionais**: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)? Porto Alegre: Moriá, 2014. pp. 131-150.

GONÇALVES, L. H. T. ALVARES, A. M.; SANTOS, S. M. A. A enfermagem gerontológica e sua especificidade. In: GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri: Manole, 2012. pp. 3-25.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. Grupo aqui e agora: uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 271-279, 2005.

HASSON, R. O. **Relationships in old age**: Coping with the challenge of transition. New York: The Guilford Press, 1994.

INOUE, K. *et al.* Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 187-193, 2009.

KARSCH, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KOERICH, M. S. *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp, p. 178-185, 2006.

LEININGER, M. Transcultural Care Diversity and Universality: a theory of nursing. **Nursing Health Care**, Miami, v. 6, n. 4, p. 209-212, 1985.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, 2003.

LOBATO, A. T. G. Considerações sobre o Trabalho Social com Idosos. In: LEMOS, M. T. T. B. & ZAGAGLIA, R. A. (Orgs.). **A arte de envelhecer**: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso. Aparecida: Ideias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. pp. 11-19.

LYRA, S. N. M. N. **O Envelhecimento da população brasileira e o aumento do uso de medicamentos**: a atenção farmacêutica como política pública para o acompanhamento do uso de medicamentos. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH, 2008.

MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 554-557, 2010.

MCCRACKEN, K.; PHILLIPS, D. International demographic transitions. In: ANDREWS, G. J.; Phillips, D. R. editores. **Ageing and Place**: Perspectives, Policy, Practice. London: Routledge, 2005. Paginação irregular.

MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr-jun. 2007.

MARTINS, P. A. F; ALVIM, N. A. T. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da Proposta Educativa Problematizadora com a Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 368-373, 2012.

MEIRA, E. C; GONÇALVES, L. H. T.; XAVIER, J. D. O. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2. p. 171-80, 2007.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OMS, 2012.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M. BORGES, M. M. M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 1, Jul-Ago. 2010.

- MENEZES, T. N.; LOPES, F. J. M.; MARUCCI, M. F. N. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 168-177, 2007.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hiutec, 2002.
- MICHEL, T. et al. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 131-137, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 7-18, 2000.
- MONSEGUI, B. G. *et al.* Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 437-344, 1999.
- MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. de. *et al.* Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 663-671, 2006.
- MOREIRA, M. D.; CALDAS, P. C. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, set. 2007.
- NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.
- NAHAS, M.V. O pentágulo do bem-estar. **Boletim do Núcleo de Pesquisa Atividade Física e Saúde**, cidade, v. 1, n. 7, p. 1, 1996.
- NERI, A. L., SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002, pp. 9-64.
- NIETSCHE, E. A. **Tecnologia Emancipatória**: possibilidade para a práxis de Enfermagem. Ijuí: Unijuí, 2000.
- NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-353, 2005.
- \_\_\_\_\_. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p.182-189, 2012.
- NINODIM, J. O.; ALEXANDER, N. B. Assessing falls in older adults: : a comprehensive fall evaluation to reduce fall risk in older adults. **Geriatrics**, Miami, v. 60, n. 10, p. 24-29, 2005.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 829-838, set-out. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The World Report 2003 – Neglected Global Epidemics: three growing threats**. Geneva: WHO; 2003. pp. 85-102.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. (WHO/NMH/NPH/02.8).

\_\_\_\_\_. **Cuidados inovadores para condições crônicas**. Brasília: OMS, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Population aging: a public health challenge**. Geneva: World Health Organization Press Office; 1988.

PAPALEO NETO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooglan, 2011. pp. 2-12.

PARÁ. Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará (IDESA). **Estatística Municipal: Santarém**. Belém: [s. n.], 2011.

PASCHOAL, S. M. P. Prefácio. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. **Abordagem interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. Paginação irregular.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-768, 2007.

PEIXOTO, S. V. *et al.* Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246, 2004.

PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Tarefas de cuidar: Com a palavra, mulheres de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2002, pp. 135-164.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS (PNAD). **Comentários: Indicadores do período de 2004 a 2009**. [s. l.: s. n.], 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/comentarios2009.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

POLARO, S. H. I. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na estratégia saúde da família**. 2005. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA, F. C. V. *et al.* O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-191, abr-jun. 2011.

RODRIGUES, N. O.; FORTE-BURGOS, A. C. G. Idosos no Brasil e em Campinas: tendências sociodemográficas. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. **Fragilidade, Saúde e Bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas**. Campinas: Alínea, 2011. pp. 15-26.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, 2005.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.

SANTOS, A. A., PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 13, n. 2, p. 361-367, abr-jun, 2011. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/v13n2.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2.htm)>. Acesso em: 13 fev. 2013.

SANTOS, M. I. P. O. **Capacidade funcional de idosos inscritos em um programa de saúde pública de Belém-Pa: implicações para a enfermagem**. 2011. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, S. S. C. Gerontologia e pressupostos de Edgar Morin: textos sobre envelhecimento. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-11, 2003.

SEIMA, M. D. *et al.* A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985-2011. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 851-857, 2011.

SENA, E. L. S. *et al.* Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com parkinson e suas famílias. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 93-103, 2010.

SENA, R. R. D. *et al.* O Cotidiano do cuidador no domicílio: desafios do bem fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.11, n. 2, maio-ago. 2006.

SHIRATORI, K. Direitos dos Idosos. In: FIGUEIREDO, N. M. A. & TONINI, T. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento**. (Orgs.). São Caetano do Sul: Yendis, 2006. Paginação irregular.

SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. *et al.* Structured evaluation method for family assessment tools: evaluation of the family APGAR. **Familia Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 91-99, 2004.

SILVA, H. O. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência do município de Iguatu, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1223-1233, 2011.

SILVA, L. *et al.* O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2008.

SITZMAN, K.; EICHELBERGER, L. W. **Understanding The Work of Nurse Theorists: a creative beginning**. 2. ed. Canadá: Jones Bartlett, 2011.

SOUSA, A. F. M. NOGUEIRA, J. A. D. Intervenções em atividade física e seus impactos nos fatores de risco e nas doenças crônicas não transmissíveis em adultos no Brasil. **Revista Brasileira de Atividades Física & Saúde**, Pelotas, v. 16, n. 3, p. 255-60, 2011.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 25-30, 2000.

TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI, G. E. C. B.; SAÚDE, M. I. B. M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n2/sumario.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/sumario.htm)>. Acesso em: 13 fev. 2013

TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. Tecnologias na literatura de enfermagem: do reconhecimento ao desenvolvimento. In: NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. (Orgs.). **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)?** Porto Alegre: Moriá, 2014. pp. 57-74.

TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 750-758, 2009.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, jul-ago. 2005.

TINETTI, M. E. Preventing falls in elderly persons. **Neu England of Journal Medicine**. , Londres, v. 348, n. 1, p. 42-49, 2003.

TORRES, M. M.; SÁ, M. A. A. S. Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.1-10, 2008.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Pan-americana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, Washington, DC, EUA, v. 11, n. 5-6, p. , 2002.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 63-78, 2000.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VENTURI, G. Envelhecer é um privilégio ? **Teoria e Debate**, São Paulo, v. 71, p. 20-23, maio-jun. 2007.

VERAS, R. Novos Desafios Contemporâneo no Cuidado ao idoso em decorrência da mudança do perfil demográfico da população brasileira. In: LEMOS, M. T. T. B. & ZAGAGLIA, R. A. (Orgs.) **A arte de envelhecer**: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso. Aparecida: Ideias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 149-174.

VERAS, R. T. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

\_\_\_\_\_. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Revista Acta Scientiarum-Human and Social Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 3-8, 2012.

VERAS, R. T.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VICTOR, J. F. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.

WELCH, A. Z. Cuidar cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In: TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e sua obra**: modelos e teorias de Enfermagem. 5. ed. Lourdes: Lusociência, 2004. pp. 563-591.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

# APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – CALENDÁRIO – GUIA****ENCONTRO OU ALVORADA**

Dia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: 9:00h – 11:00h

a) Temática a trabalhar: \_\_\_\_\_

b) Objetivo(s):

---

---

---

c) Estratégias educacionais \_\_\_\_\_

---

---

d) Tarefas individuais ou em pequeno grupo durante a semana: \_\_\_\_\_

---

e) Outras ideias processuais a adotar: \_\_\_\_\_

---

f) Avaliação no final do encontro: síntese de avanços (pontos positivos), retrocessos e busca de novas estratégias para solução, propostas de outras explorações futuras: \_\_\_\_\_

---

---

---

g) Outras observações: \_\_\_\_\_

---

---

---

**APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DOS ENCONTROS****ROTEIRO****MOMENTO 1 – INICIAL**

- a) Pontualidade do encontro? Houve?
- b) Como é feito o acolhimento dos idosos?
- c) Há dinâmica no início? Qual?
- d) Como está o interesse dos participantes?
- e) Quantos participantes há hoje no grupo?

**MOMENTO 2 – DURANTE**

- a) Quais atividades foram realizadas?
- b) Quais acordos foram feitos?
- c) Quais ideias emergiram?
- d) Houve algum idoso/familiar que ficou mais isolado/retido hoje? Quantos?
- e) Houve algum idoso/familiar que se destacou no grupo? Quantos?
- f) Houve entrosamento entre os participantes?

**MOMENTO 3 – FECHAMENTO**

- a) Quais os comentários finais dos participantes?
- b) Quais as tarefas/acordos para o próximo encontro?

# ANEXOS

**ANEXO A - CADERNETA DO IDOSO DO MS**

N. \_\_\_\_\_

**1. MINHA IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Como eu sou mais conhecido: \_ \_\_\_\_\_

N.º Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

N.º: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( ) separado ( ) outros

Minha escolaridade: ( ) analfabeto ( ) até 4 anos

( ) 4 a 8 anos ( ) 8 anos ou mais

Sou aposentado: ( ) sim ( ) não

Minha ocupação antes de aposentar: \_\_\_\_\_

Minha ocupação atual: \_ \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

Meus hábitos de vida: Fumo ( ) não ( ) sim

( ) fumo freqüentemente ( ) fumo raramente ( ) parei de fumar

Tipo: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_ Tempo: \_ \_\_\_\_\_

Bebida alcoólica ( ) não ( ) sim

( ) bebo freqüentemente ( ) bebo raramente ( ) parei de beber

Tipo: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_ Tempo: \_ \_\_\_\_\_

Atividade física ( ) não ( ) sim

( ) faço freqüentemente ( ) faço raramente ( ) parei de fazer

Tipo: \_\_\_\_\_ Freqüência: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

2. MORAM COMIGO \_\_\_\_\_ pessoas

3. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? ( ) sim ( ) não

4. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de vínculo: \_\_\_\_\_

Esta pessoa mora próximo de mim? ( ) sim ( ) não

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia? ( ) sim ( ) não

Obs.: \_\_\_\_\_

#### 5. EM GERAL, EU DIRIA QUE A MINHA SAÚDE É

Data	Categoria				
	Muita Boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

#### 5.1 O que é saúde para o Sr. (a)?

---



---



---



---



---



---

#### 5.2 O que faz para ter saúde? (Cuidado cultural)

---



---



---



---



---



---

#### 6. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

### 7. MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO, DOSAGEM E QUANTAS VEZES AO DIA

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

### 8. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

#### 8.1. Internações

		Ano									
		2008		2009		2010		2011		2012	
Número de internações	1º S										
	2º S										

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 8.2. Ocorrência de quedas

		Ano									
		2008		2009		2010		2011		2012	
Número de quedas	1º S										
	2º S										

Obs: \_\_\_\_\_

#### 8.3. Sou alérgico ou tenho intolerância a:

Medicamentos:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Alimentos:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Agentes ambientais (exemplo: poeira, mofo, fumaça, pêlo de animal):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Vacinas

Contra *influenza* (gripe), a cada ano.

Contra difteria e tétano, a cada dez anos.

Contra pneumonia causada por pneumococo, por recomendação do profissional de saúde.

Contra febre amarela, a cada dez anos se eu for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando eu for viajar para essas regiões.

Informações sobre a vacina a ser aplicada

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

US: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

US: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

US: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

US: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

## 9. MINHA AGENDA DE CONSULTAS

Data	Hora	Local	Tipo de Atendimento	Nome do Profissional

## 10. MEU CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

DATA	PA

## 11. MEU CONTROLE DE PESO

DATA	PESO

## 12. MEU CONTROLE DE GLICEMIA

DATA	GLICEMIA

## 13. ANOTAÇÕES IMPORTANTES

---

**ANEXO B - APGAR de FAMÍLIA de Smilkstein - versão na língua portuguesa validada por Duarte, 2001.**

N. \_\_\_\_\_

**(a ser respondido pelo(a) idoso(a), sem a interferência do familiar cuidador)**

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(is) você habitualmente vive.

Caso você more sozinho (a), considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a compreender você e sua família. Sinta-se a vontade para fazer perguntas sobre qualquer questionário.

Os espaços para comentários devem ser usados quando você desejar fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à família.

Por favor, tente responder a todas as perguntas.

Para cada pergunta, assinale apenas um quadradinho.

Questões	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1-Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa esta me incomodando ou me preocupando.					
Comentários	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
2-Estou satisfeito (a) pela maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos problemas.					
Comentários	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
3-Estou satisfeito (a) com a maneira que minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos e direções.					
Comentários	<hr/>				

4-Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.					
Comentários:					
5-Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo.					
Comentários:					

QUEM VIVE EM SUA CASA?*				Por favor assinale a coluna( abaixo) que melhor descreva COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA constante da lista		
RELACIOAMENTO PARENTESCO	IDADE	SEXO		BEM	MAIS OU MENOS	MAL
		MASCULINO	FEMININO			

\*Caso você tenha constituído sua própria família, considere CASA como o lugar onde você vive com seu conjugue, fiho(S) ou outra pessoa significativa; caso contrário, considere CASA como seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o criaram vivem.

\*\* "PESSOA SIGNIFICATIVA" é o(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto d vista físico e emocional, mas com o (a) qual você não está casado(a).

## ANEXO C - QPFC – Questionário de perfil da família cuidadora de idosos fragilizados

N. do respondente: \_\_\_\_\_

**PARTE I – CUIDADOR PRINCIPAL (auto-nominado pela própria família: porque cuida, é responsável e toma decisões pelo idoso dependente cuidado)**

**(a ser respondido pelo familiar cuidador)**

### Identificação

1. Sexo:

1 masculino                      2 feminino

2. Qual é atualmente seu estado conjugal?

(1) casado/morando junto – Há quanto tempo, em sua união/ casamento ? \_\_\_\_anos.

(2) viúvo(a) – Há quanto tempo, em sua ultima viuvez? \_\_\_\_anos.

(3) divorciado(a)/separado(a) – Há quanto tempo nesta ultima separação? \_ anos.

(4) solteiro/a

3. Qual é sua idade? \_\_\_\_ anos. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Tem religião?

1 Sim      2 Não (passe para a questão 6)

5. Se sim, qual é a sua religião? \_\_\_\_\_ É praticante?

1 Sim              2 Não

6. Qual é sua escolaridade máxima?

1 nenhuma

2 primária ou até 4ª série

3 ginásio ou 1º grau incompleto (- de 8 anos)

4 ginásio ou 1º grau completo (8 anos)

5 2º grau incompleto (científico, clássico, normal, técnico de contabilidade e outros)

6 2º grau completo

7 superior (faculdade) incompleto

8 superior (faculdade) completo

9 outra. Especificar: \_\_\_\_\_.

7. Trabalha fora como ocupação remunerada atualmente?

1 sim

2 não (passe para a questão 12.)

3 aposentado/pensionista (passe para a questão 12.)

8. Qual a sua profissão/ocupação? \_\_\_\_\_
9. Onde trabalha? \_\_\_\_\_.
10. Quantas horas semanais trabalha? \_\_\_\_\_.
11. Qual é o turno de trabalho?  
1 diurno    2 noturno  
3 outros. Especifique \_\_\_\_\_
12. Quantos filhos(as) tem?  
1 \_\_\_ filhos, \_\_\_ filhas. Total \_\_\_\_\_  
2 nenhum
13. Quantos filhos/netos ou outros dependentes tem além do(a) idoso(a) que você cuida? \_\_\_.
14. O(a) idoso(a) sendo cuidado(a) mora com você?  
1 sim    2 não
15. Qual é o **seu** parentesco com o(a) idoso(a) que você cuida? cônjuge/  
companheiro(a)  
1. filha  
2. filho  
3. neta  
4. neto  
5. irmã  
6. irmão  
7. outro. Especifique \_\_\_\_\_.
16. De quem é a casa onde mora o(a) idoso(a) sendo cuidado(a)?  
1 do próprio cuidador  
2 do idoso sendo cuidado  
3 de outros familiares  
4 alugada  
5 usufruto do idoso  
6 outros. Especifique \_\_\_\_\_.

### **Estado de Saúde do familiar cuidador**

17. Em geral você, como cuidador(a), diria que a **sua** saúde está:  
1 ótima  
2 boa  
3 regular  
4 ruim  
5 péssima

18. Em comparação com os 5 últimos anos o(a) Sr.(a) diria que a **sua** saúde hoje está:

- 1 melhor
- 2 mesma coisa
- 3 pior

19. Em comparação com as outras pessoas de sua idade o(a) Sr.(a) diria que a **sua** saúde está:

- 1 melhor
- 2 igual
- 3 pior

20. Atualmente você está com algum problema de saúde? Quais e há quanto tempo?

\_\_\_\_\_ há \_\_\_\_ anos e \_\_\_\_ meses

21. Faz tratamento dos seus problemas de saúde?

- 1 não. Por que? \_\_\_\_\_ 2 sim

22. Onde costuma fazer os tratamentos de seus problemas de saúde?

1 centro ou posto de saúde/hospital público(SUS)

2 plano de saúde especifique \_\_\_\_\_

3 serviços particulares, tais como: \_\_\_\_\_

4 outros. Especifique \_\_\_\_\_

**PARTE II – SOBRE O(A) IDOSO(A) DEPENDENTE SENDO CUIDADO(A)  
( a ser respondida pelo familiar cuidador)**

**Identificação do(a) idoso(a)**

24. Sexo:

- 1 masculino                      2 feminino

25. Qual é a idade do(a) idoso(a)? \_\_\_\_ anos. Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

26. O(a) idoso(a) tem religião?

- 1 .Sim  
2. Não (passe para a questão 28)

27. Qual é a religião dele(a)? \_\_\_\_\_ É ou era praticante?

1. Sim  
2. Não

28. Qual é a escolaridade máxima do(a) idoso(a)?

- 1 nenhuma  
2 primária ou até 4ª série  
3 ginásio ou 1º grau incompleto (- de 8 anos)  
4 ginásio ou 1º grau completo (8 anos)  
5 segundo grau incompleto (científico, clássico, normal, técnico de contabilidade, outros)  
6 segundo grau completo (idem)  
7 superior (faculdade) incompleto  
8 superior (faculdade) completo  
9 outra. Especificar \_\_\_\_\_

29. Estado conjugal atual do(a) idoso(a):

- 1 solteiro (a) (passe à questão 31)  
2 1º casamento ou morando junto. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
3 divorciado/separado. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_(passe à questão 31)  
4 viúvo(a). Há quanto tempo? \_\_\_\_\_. (passe à questão 31)  
5 2º casamento ou morando junto. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.  
6 outro. Especifique \_\_\_\_\_

30. Em caso de o(a) idoso(a) estar vivendo com o(a) **cônjuge ou companheiro(a)**, qual é a sua idade do conjugue/companheiro? \_\_\_\_ anos.

31. Quantos filhos adultos o(a) idoso(a) tem e idades respectivas

- 1 \_\_ filhas. Idades: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.



**ANEXO D**

N. \_\_\_\_\_

Data da Aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL**

O estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Essas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

[0] Absolutamente não faz parte do seu estilo de vida

[1] Às vezes corresponde ao seu comportamento

[2] Quase sempre verdadeiro no seu comportamento

[3] A afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia

**Componente: Nutrição**

a. A sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças [ ]

b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces [ ]

c. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo um bom café da manhã [ ]

**Componente: Atividade Física**

d. Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias da semana. [ ]

e. Ao menos duas vezes na semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. [ ]

f. No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. [ ]

**Componente: Comportamento Preventivo**

g. Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los. [ ]

h. Você NÃO FUMA e NÃO INGERE ÁLCOOL (OU INGERE COM MODERAÇÃO) [ ]

- i. Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); se dirige usa sempre cinto de segurança e nunca ingere álcool. [ ]

**Componente: Relacionamentos**

- j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. [ ]
- k. Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais. [ ]
- l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. [ ]

**Componente: controle do Stress**

- m. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar. [ ]
- n. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. [ ]
- o. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer [ ]

**Avaliação**

Escore mínimo= zero Escore máximo= 45

Itens	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	l	m	n	o	Total
Escore															

Este Instrumento pode ser reproduzido e utilizado para fins educacionais ou de pesquisa, desde que citada a fonte: Nahas, MV, Barros, MVG e Françalacci, VL (2000). O pentágono do bem-estar: Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 5(2), 48-59.

## ANEXO E

## WHOQOL – Breve - Questionário de Qualidade de Vida da OMS

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parecer a melhor resposta.

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1=5	2=4	3=3	4=2	5=1
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1=5	2=4	3=3	4=2	5=1
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem Sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida Diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas Necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade De lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	Nem ruim	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida Sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de Transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1=5	2=4	3=3	4=2	5=1

**ANEXO F**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
 (para usuários idosos e suas famílias)

Prezado(a) participante,

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) e assim convidamos para participar da pesquisa: **Idosos e Familiares da comunidade de Alter do Chão usuários da Unidade Básica da Estratégia de Saúde da Família situada na região amazônica: cuidados da vida e saúde, cidadania e inclusão social no processo de envelhecimento.** Essa pesquisa tem o objetivo de Desenvolver/testar/validar tecnologias cuidativo-educativas para idosos/familiares, com base em diagnóstico prévio, visando conviverem de maneira saudável no âmbito das comunidades periféricas de Santarém-Pa no contexto amazônico, e está sendo realizada pela equipe de pesquisa formada por docentes, mestrandos e estudantes do PPGENF/UFPA.

Sua participação é de fundamental importância e contribuição para num futuro próximo, a população idosa possa contar com uma assistência mais adequada por parte dos profissionais das unidades de Estratégia de Saúde da Família e com unidades de atendimento mais bem equipadas. Sua participação: idosos cadastrados na ESF e suas famílias, consistirá em responder a um conjunto de questionários sem qualquer risco de malefícios. Declaramos que sua participação é livre, podendo recusar-se a não participar dela, como também ao aceitar, poderá desistir da participação em qualquer momento, não tendo com isso nenhuma repercussão em seu relacionamento atual ou futuro com as instituições que frequenta e recebe assistência. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados na literatura especializada ao qual será dada ampla divulgação.

Caso tenha qualquer dúvida solicitamos que a esclareça por meio dos telefones: (91) 3201-8765, também poderá entrar em contato com a coordenação geral da pesquisa: profa. Lucia Takase por e-mail: lhtakase@gmail.com; ou por fones: (48) 9991-5193.

- (a) Pesquisadora Responsável
- (a) Pesquisador Principal

**Consentimento Pós-Informação**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando no fornecimento de dados.

Santarém, \_\_\_/\_\_\_/2012

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Nota: O presente documento assinado em duas vias, uma ficara à guarda do pesquisador e outra entregue à (ao) participante da pesquisa.

## ANEXO G



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 021/12 CEP-ICS/UFGA

Belém, 17 de abril de 2012.

Profª. Drª. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa "IDOSOS DE COMUNIDADES PERIFÉRICAS DA REGIÃO AMAZÔNICA: CUIDADOS DE VIDA E SAÚDE, CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO." de parecer nº 027/12 CEP-ICS/UFGA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 11 de abril de 2012.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 30 de março de 2014, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Wallace Raimundo Araújo dos Santos.  
Coordenador do CEP-ICS/UFGA