

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

CLAUDINEIA DE OLIVEIRA ALMEIDA VANZELER

**SAÚDE DO IDOSO: O PAPEL EDUCADOR DO ENFERMEIRO DA ESF JUNTO
AOS CUIDADORES INFORMAIS DOMICILIARES**

VITÓRIA
2014

CLAUDINEIA DE OLIVEIRA ALMEIDA VANZELER

**SAÚDE DO IDOSO: O PAPEL EDUCADOR DO ENFERMEIRO DA ESF JUNTO
AOS CUIDADORES INFORMAIS DOMICILIARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profª Esp. Ingrid Frederico Barreto

VITÓRIA
2014

CLAUDINEIA DE OLIVEIRA ALMEIDA VANZELER

**SAÚDE DO IDOSO: O PAPEL EDUCADOR DO ENFERMEIRO DA ESF JUNTO
AOS CUIDADORES INFORMAIS DOMICILIARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof^a.Esp. Ingrid Frederico Barreto, FCSES. (Orientador)

Prof. FCSES.

Prof. FCSES.

Para toda a minha família, pois sem eles eu não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

À Deus, não por um costume, mas porque verdadeiramente se não fosse o amor e a misericórdia Dele, eu não teria chegado até este maravilhoso dia. Agradeço por minha vida, por abrir a minha mente, me dando sabedoria e por todos os momentos que me proporcionou vivenciar nesta caminhada, pelo conforto e paz dado a minha alma em tantos momentos vividos, onde pensei que não ia suportar, por tantas bênçãos e alegrias proporcionadas neste período como acadêmica, e pela oportunidade de poder conquistar esta graduação.

A minha maravilhosa mãe Maria, que sempre me ensinou que para conquistar meus sonhos, é preciso acordar e acreditar que posso realizá-los.

Ao meu esposo Jefferson, que sempre esteve ao meu lado, acreditando que eu era capaz, e que soube me compreender quando estava angustiada e estressada. Em momento nenhum murmurou, tendo paciência.

A Professora Ingrid Frederico Barreto, minha orientadora, pela paciência, pelo incentivo que recebi desde o início para a elaboração deste trabalho.

A minha família que amo tanto, que souberam entender e respeitar quando estive ausente nos momentos entre a família.

A minha gerente Hilarina, pois estou certa que sem a sua compreensão e flexibilidade com os meus horários, eu não teria concluído minha graduação.

A duas grandes amigas, Kátia Gouvea e Eliana Perin, que foram fundamentais nos momentos de alegria e sofrimento. Sempre estiveram comigo, em momento nenhum nossa amizade foi abalada, e graças a elas, os momentos difíceis na faculdade foram contornados e superados. Muitas foram às alegrias que vivemos juntas.

Aos colegas de trabalho que sempre me apoiaram e se preocuparam com minha formação.

Enfim, agradeço a todos que fazem parte da minha vida e que torceram pelo meu sucesso, muito obrigada!

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar as ações educativas do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) junto aos cuidadores informais de idosos na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Este estudo é descritivo, baseado em revisões bibliográficas originadas de sites do Ministério da Saúde, SCIELO, Secretaria Municipal de Saúde, Revista Unati, Revista Brasileira de Enfermagem (Reben), Revista Eletrônica de Enfermagem, em todo o território nacional, onde foi descrito a perspectiva de vida do idoso, e o despreparo da sociedade e do Poder público em atender a população idosa. Neste estudo foram selecionados artigos com a finalidade de identificar as dificuldades vividas pelos idosos e os cuidadores informais em seus domicílios, e como é feita a assistência do enfermeiro da ESF e quais ações são desenvolvidas junto a essa família para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. A análise dos dados obtidas através da leitura dos artigos deverá esclarecer a importância que os cuidadores representam para a Saúde Pública, pois eles são parte importante do cuidado, devendo existir um elo entre o idoso/família/equipe, por isso merecem atenção e necessitam de conhecimentos para atuar junto com a equipe. O enfermeiro da ESF deve ter um olhar voltado para todo o núcleo familiar, para assim fazer intervenções do cuidado, visando a autonomia e independência do idoso e trazendo segurança para o cuidador domiciliar.

Descritores: Envelhecimento. Idosos. Estratégia Saúde da Família. Cuidadores informais.

ABSTRACT

This study aims to identify the educational activities of nurses of the Family Health Strategy (FHS) together with informal caregivers in promotion, prevention and recovery. This study is descriptive, based on literature reviews of websites originated from the Ministry of Health, SCIELO, Municipal Health, Magazine Unati, Brazilian Journal of Nursing (Reben), Electronic Journal of Nursing, throughout the national territory, which was described prospect of life of the elderly, and the lack of society and public authority in meeting the elderly population. Articles in this study in order to identify the difficulties experienced by older people and informal caregivers in their households were selected, and how it is made of nursing the FHS and what actions are developed with this family for promotion, prevention and recovery health. The analysis of the data obtained by reading the articles should clarify the importance that caregivers pose to Public Health, as they are an important part of care, and there should be a link between the elderly / family / team, so they deserve attention and need knowledge to work with the team. The nurse must have a FHS facing the entire household looking to do so care interventions aiming at autonomy and independence of the elderly and providing security for the home caregiver.

Keywords: Aging. Seniors. Family Health Strategy. Informal caregivers.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AE - Auto Eficácia

AVD - Atividade da Vida Diária

BOAS - Brazil Old Age Schedule

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	17
2.REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 O QUE É ENVELHECER?.....	21
2.2 VELHICE.....	22
2.3 SENESCÊNCIA.....	27
2.4 GERONTOLOGIA E GERIATRIA.....	28
2.5 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO: NO PRESENTE E AS PROJEÇÕES PARA O FUTURO.....	30
2.6 POTENCIAIS RISCOS E NECESSIDADES DOS IDOSOS.....	32
2.7 SAUDE MENTAL.....	41
2.8 POLÍTICAS PÚBLICAS ESTADUAL E NACIONAL DO IDOSO.....	43
2.8.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)	48
2.8.1.1 Fatores culturais e etnias.....	53
2.8.2 Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003	57
2.8.3 Vacinação	58
2.9 EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	59
2.10 CUIDADORES	61
2.10.1 Cuidadores domiciliares – LEGISLAÇÃO	63
2.10.2 Um olhar voltado para o cuidador informal	64
2.10.3 Exemplo da atuação do enfermeiro	66
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento da perspectiva de vida, o número de idosos têm se elevado de forma exagerada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (apud BRASIL, 2006), o número de idosos já atinge um contingente de 10% da população brasileira total.

Estudos epidemiológicos têm comprovado que uma atenção preventiva, uma vida saudável e eliminação de fatores de risco, são fatores que podem influenciar para se evitar doenças e limitações nos idosos. Propiciar uma atenção ao idoso é de muita importância, exigindo uma demanda especial no cuidado (COSTA; BARRETO, 2003).

É importante avaliar o perfil do cuidador neste processo, pois em muitos casos são também pessoas idosas cuidando do outro, que futuramente necessitarão de cuidados. Mas com todas as dificuldades domiciliar, o fato é que: evitar que a pessoa idosa seja hospitalizada é proporcionar uma vida com qualidade, pois quando está fora do seu ambiente, longe dos seus objetos pessoais, se sente abandonado e incapaz (ROCHA et al., 2011).

É de responsabilidade do Estado, garantir ao idoso uma velhice saudável, com dignidade, respeito, independência, direito de ir e vir, expressar suas opiniões, convívio em família, na sociedade, cultos religiosos, práticas de esportes e outros (BESEN, 2007).

Segundo os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (apud AREOSA, S.; AREOSA, A., 2008), 12 milhões de famílias no Brasil são sustentados pelas aposentadorias ou pensões dos idosos maiores de 60 anos. Os idosos têm em média renda maior que os jovens, e também possuem casa própria em maior porcentagem, consequência do egresso dos jovens cada vez mais tardiamente no mercado de trabalho, além de muitos retornarem para a casa dos idosos quando ficam desempregados e quando se separam, ou até mesmo sem se separarem, quando não conseguem garantir sua sobrevivência. Nesse contexto o idoso se torna importante por ser o alicerce da família, contribuindo com o seu benefício, deixando de ser assistido e passando a ser o assistente.

É importante enfatizar o surgimento da gerontologia, que nasceu com a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca do envelhecimento, e uma das áreas de

grande atuação está à enfermagem, que devem estar atreladas uma na outra, para que se possam ser discutidas ideias e trocas de conhecimentos a fim de encontrar soluções para os problemas enfrentados com o surgimento do envelhecimento (CAMACHO, 2002).

Muitos são os fatores que tem afetado a saúde do idoso em todo o mundo, com a mudança na pirâmide etária, muitas são as atenções para essa população em estudo. Entre essas preocupações estão as doenças mentais, como a demência e a depressão, que leva o idoso a percorrer uma vida sem autonomia e sem independência, o que diminui a sua qualidade de vida. No Brasil, os idosos acometidos por esses distúrbios: demência e depressão totalizam 20%, chegando a 10 milhões o número de idosos que padecem por depressão (BENEDETTI et al., 2008).

O processo de educação em saúde pelo profissional da saúde demanda uma parceria com as pessoas que cuidam. Isso possibilita a sistematização das tarefas executadas no domicílio, com maior atenção a promoção da saúde, a prevenção e a manutenção da capacidade funcional. Além de beneficiar o idoso, a assistência domiciliar beneficia também seus familiares, evitando internações e o isolamento dessa população (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005)

O objetivo geral deste trabalho é identificar as ações educativas do enfermeiro da ESF junto aos cuidadores informais de idosos na promoção, prevenção e recuperação da saúde. E o objetivo específico é estudar a importância dos cuidadores de idosos domiciliares no cuidar e evidenciar o papel do enfermeiro da ESF na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos idosos em domicílio.

Para responder os objetivos propostos, adotou-se a metodologia de caráter bibliográfico, foram utilizados 67 artigos, no período de 2000 à 2013 (sendo usado um artigo de 1999 devido a sua relevância para este estudo), com o tema proposto, relacionados a educação do enfermeiro junto aos cuidadores domiciliares de pessoas idosas, onde foram observados a grande necessidade de educação em saúde aos cuidadores informais.

Segundo Marconi (2001), pesquisa bibliográfica é o levantamento de bibliografias já existentes em livros, revistas, documentos eletrônicos, publicações em imprensas avulsas, com a finalidade de colocar o pesquisador em contato com determinados

assuntos escritos, com o objetivo de permitir ao acadêmico a manipulação de informações para o reforço em sua pesquisa.

Este estudo é descritivo, baseado em revisões bibliográficas originadas de sites do Ministério da Saúde, SCIELO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Revista Unati, Revista Brasileira de Enfermagem (Reben), Revista Eletrônica de Enfermagem, em todo o território nacional, onde foi descrito a perspectiva de vida do idoso, e o despreparo da sociedade e do Poder público em atender a população idosa. Esta pesquisa tem o caráter de mostrar os direitos dos idosos, e o papel do enfermeiro na educação em saúde a família que presta os cuidados a esse idoso.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O QUE É ENVELHECER?

Cada dia tem aumentado o número de idosos no mundo, a perspectiva de vida tem se elevado. No Brasil, é conceituado idoso a pessoa que possui 60 anos ou mais de idade. Nos dias atuais existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas idosas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (apud BRASIL, 2006), o que representa no mínimo 10% da população brasileira. Com o avançar da idade o tecido torna-se frágil e inelástico, em decorrência da diminuição do colágeno da derme e esse fator tem preocupado os gestores de saúde, pois com o envelhecimento o tempo de internação é superior ao tempo de um paciente jovem, as doenças nos idosos são na sua maioria crônicas e multifatorial, que exige permanência por longo tempo. O maior número de idosos é do sexo feminino, as mulheres vivem cerca de cinco a seis anos a mais do que os homens. É conferida a vários fatores: as mulheres buscam com mais frequência assistência médica, tem maior propensão ao auto cuidado, desfrutam de maior apoio social, e tem menor vulnerabilidade biológica. Os homens têm tendência a desenvolver doenças de curta duração e mortal, enquanto as mulheres idosas desenvolvem doenças crônicas e incapacitantes e de longa duração.

O envelhecimento é um processo normal, individual e gradativo, que caracteriza uma etapa da vida onde ocorrem modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas em consequência da ação do tempo. É uma fase onde ocorrem manifestações somáticas no ciclo natural da vida, pois se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de adaptação e de reserva do organismo diante das mudanças que irão influenciar de maneira decisiva na vida do idoso (ERGONOMIA ..., 2012).

O envelhecimento pode ser visto como um período de incapacidade, rejeição, inutilidade, solidão, mas também pode ser um momento de liberdade, desligamento das obrigações, responsabilidade e de rotinas profissionais. Muitos idosos começam a se sentir vivos quando se aposentam e descobrem o prazer em enfrentar os grupos da terceira idade e encontram tempo para viajar, fazer amigos, e são mais felizes (BRASIL, 2006).

O processo biológico acontece a cada dia, é natural, produz no organismo várias modificações. Fisiologicamente é caracterizado pela redução das funções orgânicas, na morfológica é o aparecimento dos cabelos brancos e rugas, e na bioquímica é

evidenciada pela degradação dos mecanismos de síntese do organismo, e entre elas a síntese proteica, que é importante na conservação da energia. O envelhecimento também pode ser caracterizado pela homeostase, que são os mecanismos que estabilizam e controlam o meio interno, e conforme o indivíduo vai envelhecendo esse mecanismo vai se enfraquecendo, e a tendência é aumentar as falhas homeostáticas (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

Dois grandes erros que surgiam com frequência, eram a confusão em diferenciar o envelhecimento natural (senescência) e o patológico. Casos de alterações naturais do envelhecimento eram vistas como doença, sendo realizadas intervenções e terapias desnecessárias, enquanto os processos patológicos eram vistos como comum da idade e não se dava a atenção necessária, tardando o seu diagnóstico (DIOGO; DUARTE, 1999).

Quando se faz uma avaliação do envelhecimento, é importante observar a opinião do próprio idoso, pois a relação que o idoso faz da velhice é bem diferente em relação aos outros. O idoso avalia de um ponto de vista positivo, pois está amadurecido, experiente, independente e pode viver com mais liberdade. Enquanto os outros acreditam que a velhice é um peso, um fardo, dependência. Por outro lado observamos que alguns idosos se julgam infelizes, que não prestam pra nada, só dá trabalho, porque associam a doença com a velhice, e então ficar velho se torna algo ruim (BRASIL, 2006).

Diferente dos países desenvolvidos, que crescem gradualmente, o crescimento populacional no Brasil tem estabelecido de uma forma rápida, sem infraestrutura, pobreza, sem condições estruturais no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde, atrelados as dificuldades econômicas e financeiras. O que leva a um grande impacto no gerenciamento a essa população em todos os níveis sociais, mas é em especial o setor da saúde que mais se percebe esse impacto, tanto na parte assistencial, como nas estruturas e recursos necessários para atender a demanda (PEREIRA et al., 2006).

2.2 VELHICE

A velhice é uma das modificações mais temidas pela sociedade nos dias atuais, pois nos tornamos escravos da beleza e da juventude, e a cada dia se tem valorizado

novas fórmulas para trazer ao indivíduo a vitalidade, rejuvenescimento e saúde, e isso é cada dia mais valorizado em nossa cultura (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

Ao analisarmos a história da velhice nos tempos antigos, e compararmos aos tempos modernos, podemos observar que muito mudou com relação ao que se entendia por velhice. Tanto no aspecto cultural, como científico, houve muitas mudanças. Aristóteles (filósofo grego) tinha a concepção que o ser humano nascia com uma quantidade de calor e com o passar do tempo esse calor ia diminuindo até chegar ao seu declínio, a morte. Nos países ocidentais os velhos são valorizados, visto como que os jovens têm os idosos como referência, se dirigem a eles para buscar conselhos e conhecimento. Na bíblia, quando o jovem desrespeitava os seus pais poderiam ser condenados à morte. Ainda relatos bíblicos, o conselho do povo hebreu era composto por 70 anciãos (ARAÚJO; CARVALHO, 2005).

Para Araújo e Carvalho (2005), houve um atraso significativo no estudo da velhice, eram pontuadas apenas as perdas e a fragilidade física, o que trazia interesse apenas no campo da psicologia.

No final do século XIX, a velhice começa a despertar discussões em relação as caixas de aposentadoria, pois a velhice chegava e não havia produtividade nos velhos, eram considerados inválidos, e como estratégia dos patrões as aposentadorias foram criadas. Recentemente esse quadro tem mudado. O velho não é mais visto como um incapaz, mas como um cidadão que tem direitos e benefícios, e que deve lutar por eles (SILVA, 2008).

A velhice não era mais um termo bem visto pela classe médica que também estava envelhecendo, e foi a partir da década de 60 que surge o nome terceira idade para substituí-la. Logo em seguida o velho é trocado pelo idoso, para mudar a imagem que se tinha até então, porém o velho não foi extinto, continua sendo referido na classe mais empobrecida, e o idoso passa a ser utilizado nas classes mais favorecidas (SILVA, 2008).

Velhice é um termo difícil de ser compreendido, pois deve ser analisado de uma forma ampla. Não é apenas um período cronológico, mas engloba o social e cultural. É uma etapa, que no transcorrer do tempo cronológico proporciona ao indivíduo

mudanças biopsicossocial, que interferem em sua relação com o meio (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

A melhor forma de entender a velhice é ouvindo os relatos do próprio idoso, pois a velhice é única, cada um tem sua forma de agir, pensar, falar. Para uma intervenção, visando à promoção da saúde, e proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso, o enfermeiro tem que estar atento a essas particularidades, promovendo a autonomia e independência. A velhice apesar de não ser absoluta, é estipulada uma idade para caracterizá-la. Nos países desenvolvidos é considerado idoso o indivíduo a partir dos 65 anos, e nos países em desenvolvimento e para a (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE apud FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010) é após os 60 anos.

Não é possível ficar jovem o tempo todo, um dia a velhice vai chegar, e nos Programas de Saúde da Família (PSF), os enfermeiros devem mostrar a essa população que é fundamental que eles aprendam a conviver com as perdas, e deixar surgir novas oportunidades, novas experiências e que ainda é tempo de aprender. Desenvolver atividades educativas e promover o lazer, é uma atribuição do enfermeiro, e que não pode ser ignorada, pois são essas e outras ações que ajudarão a comunidade a ter um envelhecimento saudável (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

O que observou Freitas, Queiroz e Sousa (2010) em um estudo na população da área rural, é que a velhice é descrita pelos idosos de várias maneiras, para uns é tristeza/alegria, perdas/novas oportunidades, dificuldades em realizar tarefas que antes faziam sem nenhum problema, e para a grande maioria a velhice é concluída como conquista, vitória, dádiva de Deus e um acúmulo de experiências e saberes, mesmo que sintam saudades da juventude. Para os homens a velhice é mais difícil que para as mulheres, pois eles se sentem fragilizados e incapazes por não poderem trabalhar, enquanto as mulheres se apegam a vida doméstica, ficando com seus filhos e netos, e sentem prazer na vida familiar.

Um dificultador para uma vida ativa e saudável são as doenças crônicas. Entre os idosos 69% apresentam alguma doença crônica, que é um fator negativo para uma boa qualidade de vida, e entre as mais comuns estão a artrite e a hipertensão (RABELO; CARDOSO, 2007).

A auto eficácia (AE) incluída na teoria social cognitiva de Bandura (apud RABELO; CARDOSO, 2007), que é a fé que o indivíduo tem em seu potencial de realizar atos importantes para alcançar resultados futuros. Ele expressa que quanto maior a AE, maior é a capacidade de enfrentar as doenças crônicas. Quando o indivíduo controla seu estresse e o emocional, seus sintomas são minimizados. As pessoas com a AE diminuídas são rapidamente convencidas que são incapazes e que não irão conseguir vencer. Quando se deparam com a severidade da doença os de AE baixa são mais deprimidos e tem maior estresse.

As doenças crônicas são incuráveis, mas quando há o enfrentamento o indivíduo pode gerenciar melhor as atividades funcionais e com isso diminuir a hospitalização (RABELO; CARDOSO, 2007).

Para Flores e outros (2010), a qualidade de vida está relacionada ao que o indivíduo espera do seu lugar na vida, relacionado a cultura e o conjunto de valores ao seu redor, acrescidos dos seus objetivos, preocupações e anseios.

A qualidade de vida está relacionada a vários fatores, dentre eles o que mais são favoráveis à baixa qualidade de vida estão o sexo feminino, uma vida solitária, dificuldades financeiras, déficit de memória, e principalmente nas mulheres o sentimento que na velhice são menos atraentes. O ambiente físico é um fator relevante e de extrema importância. Segundo a Organização Mundial da Saúde (apud PEREIRA et al., 2006), idosos que tem condições de ir e vir tem maior qualidade de vida. Quando podem se movimentar para chegarem à vizinhança, andar de ônibus, caminhar até a praça, sem que haja obstáculos, são situações de extrema importância na vida do idoso, pois quando há obstáculos impedido a locomoção do idoso, eles se sentem inseguros, sendo mais propícios a desenvolver a depressão e o isolamento social. O convívio familiar também pode contribuir, de forma positiva ou negativa. Lares em que existem muitos conflitos familiares podem ser prejudiciais para o idoso, podendo causar sentimentos de baixa estima e afetar o emocional.

A interpretação e convivência com o envelhecimento é importante entre as gerações para que possa entender esse processo e melhor explicá-lo, mas tão importante quanto a avaliação das outras gerações, é a auto percepção do próprio idoso (FLORES et al., 2010).

Para os idosos em estudo, dois pontos são importantes para a sua qualidade de vida: autonomia e o respeito. Nas práticas de saúde pública nem sempre esses aspectos são respeitados pelos profissionais, pois aos idosos não é participado os procedimentos, nem as decisões a serem tomadas quanto ao seu cuidado. Ao planejar e executar ações de saúde, a autonomia não deve ser ignorada (FLORES et al., 2010).

O termo autonomia pode ser expresso de forma diferente para os idosos quando comparado a opinião do cuidador. Para o idoso, a autonomia é sinônimo de independência econômica, administrar seu próprio dinheiro, morar longe dos filhos para que eles não opinem em suas vidas. E na enfermidade a dependência para tomar o banho e fazer a higiene é muito insatisfatória para o idoso. O cuidador deve respeitar as decisões do idoso quando for possível. A presença da família é muito importante para o idoso, pois proporciona segurança e afetividade, o sentimento de abandono e solidão pode gerar sofrimento na velhice. Um ponto relevante, é que a presença da família nem sempre significa que existe cuidado (FLORES et al., 2010).

O cuidado é uma área que tem despertado interesse de diversas áreas de saberes, sendo um ato único e complexo, não está relacionado diretamente ao profissional da saúde, mas a qualquer indivíduo, de forma direta ou indireta. O cuidar no meio da família surge de várias formas, pode ser uma consequência no transcorrer da vida, solidariedade, devolução de favores, ou obrigação, o que é na grande maioria. Por não ter alternativa, no seio da família sempre existe um membro que assume essa responsabilidade, não existe outro membro disponível (FLORES et al., 2010).

Dentre os achados, segundo Flores e outros (2010), as mulheres são as maiores cuidadoras, e também as mais sobrecarregadas. Além das obrigações domésticas, filhos e netos, ainda trabalham fora, e quando são as escolhidas é por falta de opção, nunca é sua a escolha. Quando o homem é o cuidador, é por escolha entre a família, atrelado ao fato de trabalharem perto de casa, ou serem autônomos, não é caracterizado como o peso, diferente das mulheres que são sempre murmuradoras devido a sobrecarga.

2.3 SENESCÊNCIA

A senescência é o envelhecer de forma natural e gradativamente, diminuição orgânica, individual de cada idoso, a senilidade é uma condição patológica desencadeada pelo ambiente, estresse ou acidente. Mas os dois merecem intervenção para que se possa fazer uma distinção entre a saúde e a doença. Apesar de a velhice estar sensível ao adoecimento, não se pode confundir envelhecimento com doença, nem compara-los. Esse seguimento depende de vários fatores, entre eles o biológico, econômico e cultural, e não atinge somente o indivíduo, mas engloba a família com um todo (CIOSAK et al. 2011).

Cada um envelhece de forma individual, no envelhecimento não há uma idade específica, não sendo possível datar seu começo. Para dados de pesquisa a terceira idade é contada a partir de 60 a 65 anos pela OMS, porém fatores sociais, biológicos e psíquicos podem indicar a velhice, atrasando ou acelerando o aparecimento dos sinais que caracterizam a terceira idade (CANCELA, 2008).

Segundo Ciosak e outros (2011), o declínio orgânico começa logo na segunda década, porém é pouco perceptiva, e na quarta existe uma perda da função de 1% ao ano.

Para uma velhice saudável é fundamental que o idoso participe de atividades em grupo, pois esse convívio pode prevenir ou eliminar a ansiedade e depressão. Muitos idosos que participam desses grupos são aposentados que perderam seus colegas de trabalho, viúvas que não tem companhia, então nesse novo grupo deixam de se sentirem sós (BRITTAR; LIMA, 2011).

Concluído por Brittar e Lima (2011) o que é mais relevante nesses encontros é poder fazer amigos, conversar, passear, pois isso trás felicidade, ou seja, bem estar, que é um dos itens preconizados pela promoção da saúde. Ainda dentre os idosos existem aqueles que não frequentam esses grupos por estar com a família, pela religiosidade e/ou ter alguém na sua dependência, o que sugere que a atenção básica esteja voltada também para atividades em domicílio, visto que na velhice existe uma necessidade de convívio com amigos, o contato somente com a família pode gerar um sentimento de solidão, conseqüentemente a depressão.

A qualidade de vida na população idosa pode ser pontuada tanto de uma forma positiva, quanto negativa, podendo na velhice se sentir satisfeito, se estiver em posse de sua autonomia e independência, o que está associado para alguns idosos como recursos financeiros, com renda suficiente para o seu sustento, ou também pode ser negativa, quando se sentem impotentes, sentindo que a felicidade foi podando diante de situações de insatisfação com a saúde física e mental, onde dependem de outros para a realização de suas funções do cotidiano (PEREIRA et al., 2006).

É importante que haja uma nova visão de que a saúde engloba um todo, com um olhar de forma integral, generalizada, atentando não só para o indivíduo, mas também para a família e a sociedade. Essas atitudes trazem benefícios ao coletivo e inova ações que são fundamentais para um resultado positivo e amplo (PEREIRA et al., 2006).

2.4 GERONTOLOGIA E GERIATRIA

A gerontologia que analisa o envelhecimento de forma global, no contexto biológico, psicológico e social, através de conhecimentos científicos é dividida em duas partes, a geriatria que é a medicina que estuda as doenças típicas do envelhecimento, e gerontologia social que é multidisciplinar (GROISMAN, 2002).

A disciplina que analisa a velhice- a geriatria teve surgimento no ano de 1910, onde o fisiologista Ignatz Nascher, médico norte-americano, observou a degeneração do corpo, que são as descrições biológicas na velhice, e a introduziu na literatura (SILVA, 2008).

A gerontologia social surgiu através da necessidade de criar políticas que favorecessem a qualidade de vida na velhice. Na década de 80 a área da geriatria começou a expandir, e a velhice passa a fazer parte das ações públicas, porém não agrega muitos especialistas. Isso atribui ao fato de que poucos conseguem observar o declínio celular na velhice, que leva a queda de cabelos, fraqueza das unhas, queda de dentes, perda da força muscular, entre outros, e não conseguem diferenciar as alterações da velhice com o estado patológico, até acreditam que os dois andam juntos (GROISMAN, 2002).

Trabalhos realizados por gerontólogos de vários níveis de saberes, tem levantado a questão relacionada a necessidade de implementar ações voltadas para novos padrões de enxergar a velhice, e também elaborar programas com a participação do idoso em atividades, chance para o lazer, participação em grupos, escolaridade, entre outras. Para o indivíduo que enfrenta o envelhecimento ainda existe uma grande barreira a ser vencida, sendo visto como um ser improdutivo, e excluído pela sociedade e pela família (CAMACHO, 2002).

A gerontologia surgiu com a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca do envelhecimento, e uma das áreas de grande atuação está a enfermagem, que devem estar atreladas uma na outra, para que se possam ser discutidas ideias e trocas de conhecimentos a fim de encontrar soluções para os problemas enfrentados com o surgimento do envelhecimento (CAMACHO, 2002).

A enfermagem de uma forma direta está relacionada a saúde da pessoa idosa, é responsável pelo cuidar, desde a promoção até a recuperação. Dentre esses cuidados existem várias recomendações das políticas públicas da pessoa idosa.

Dentre os elementos das conferências que dizem respeito à pessoa idosa, destacam-se: educação sobre os principais problemas de saúde e sobre métodos de prevenção; promoção do suprimento de alimentos e uma nutrição adequada; abastecimento de água potável e saneamento básico apropriados; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado das doenças comuns e das consequências de acidentes; disponibilidade de medicamentos essenciais; além de recursos sociais como grupos de convivência, universidades abertas à terceira idade e o despertar para a atenção às capacidades físicas das pessoas idosas saudáveis ou fragilizadas (SANTOS et al. 2008, p. 650).

Para Camacho (2002), o alicerce interdisciplinar que tem a participação de múltiplos profissionais de saúde, condiciona a reflexão sobre a melhor maneira de distribuir conhecimentos. A gerontologia é fortalecida quando existe um olhar de forma coletiva, por isso é importante questionar, porque muitos profissionais de diversas áreas da saúde atuam de forma individual, sem fazer uso do conhecimento dos demais profissionais.

Para se preparar para enfrentar transformações que a população mundial tem sofrido, quer seja social, econômica e cultural, afirma Camacho (2002), deve haver uma junção de várias disciplinas, como a enfermagem, psicologia, fisioterapia, medicina, entre outras.

2.5 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO: NO PRESENTE E AS PROJEÇÕES PARA O FUTURO

Para Costa e Barreto (2003), epidemiologia é a ciência que comprova a distribuição e a definição das patologias ou condições associada à saúde em uma população distinta.

Entre 1991 e 2000, cresceu de duas a quatro vezes mais o número de idosos, a partir dos 60 anos, a cada 10 anos tem crescido de 15 a 20% respectivamente, enquanto o resto da população tem crescido 14%, esse percentual é consequência do aumento da demanda por serviços médicos e sociais. Nas análises de registros referentes a internações no Sistema Único de Saúde (SUS), mostra que há preocupação com esse aumento não é somente número relativo, existe uma preocupação, a demanda dessa população corresponde a 23% de gastos públicos com assistência médica em nível de internação hospitalar (COSTA; BARRETO, 2003).

Baseado no Caderno de Atenção Básica diz que:

Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2006, p.9).

Estudos epidemiológicos têm evidenciado que uma atenção preventiva, uma vida saudável, e eliminação de fatores de risco, são fatores que podem influenciar para se evitar doenças e limitações nos idosos (COSTA; BARRETO, 2003).

As doenças do sistema cardiovascular compõem a principal causa de mortalidade entre idosos, no Brasil e nos Estados Unidos das Américas. Fatores de risco como diabetes, aumento da pressão, excesso de peso, sedentarismo, poderiam ser reduzidos com programas de prevenção e tratamento adequado (COSTA; BARRETO, 2003).

As principais causas de morte entre idosos no Brasil, tais como: neoplasias malignas da traqueia, pulmões, brônquios e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, estão associadas ao uso do cigarro. Dietas ricas em frutas, verduras e legumes reduz os fatores de risco de doenças cardiovasculares (COSTA; BARRETO, 2003).

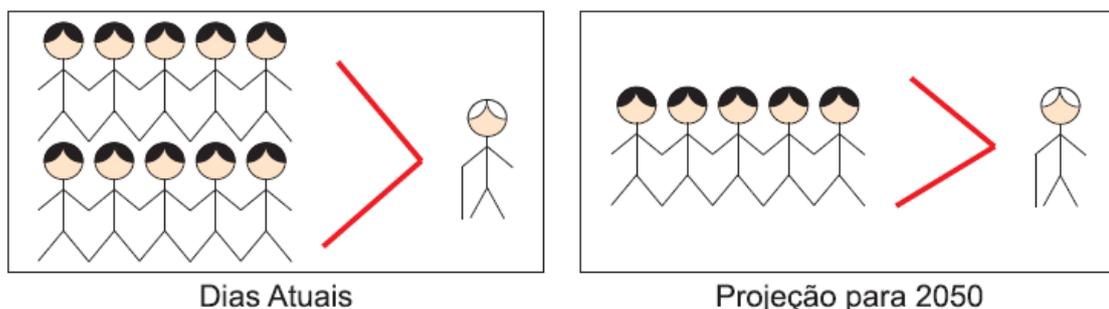
O mundo está envelhecendo. O envelhecimento tornou-se uma realidade da maioria da sociedade, o que antes era julgado como um fenômeno (COSTA; BARRETO, 2003).

É definido pela Organização Mundial da Saúde (apud DIOGO; DUARTE, 1999), que o país é conceituado envelhecido a partir do momento em que a taxa de idosos excede 7% do total da população. Já no ano de 1980, a população brasileira possuía um contingente de 6,3% de indivíduos idosos no total da população, e estima-se que em 2025 chegue a 13,8%. O Brasil ocupava o 16º lugar na proporção mundial em cifra de idosos em 1950, alcançará o 6º lugar em 2025.

Avalia-se que existe hoje cerca de 17,6 milhões de idosos no Brasil, com previsão para o ano de 2050 um contingente de dois bilhões de pessoas com mais de sessenta anos no mundo (BRASIL, 2007).

Afirma a Organização Mundial da Saúde (apud ESPIRITO SANTO, 2008) que no período de 1950 à 2025, o índice de pessoas idosas elevará 16 vezes, enquanto a população total crescerá 5 vezes, deixando a proporção de 10:1 na população geral, e passando a assumir a proporção na 5:1 no ano de 2050.

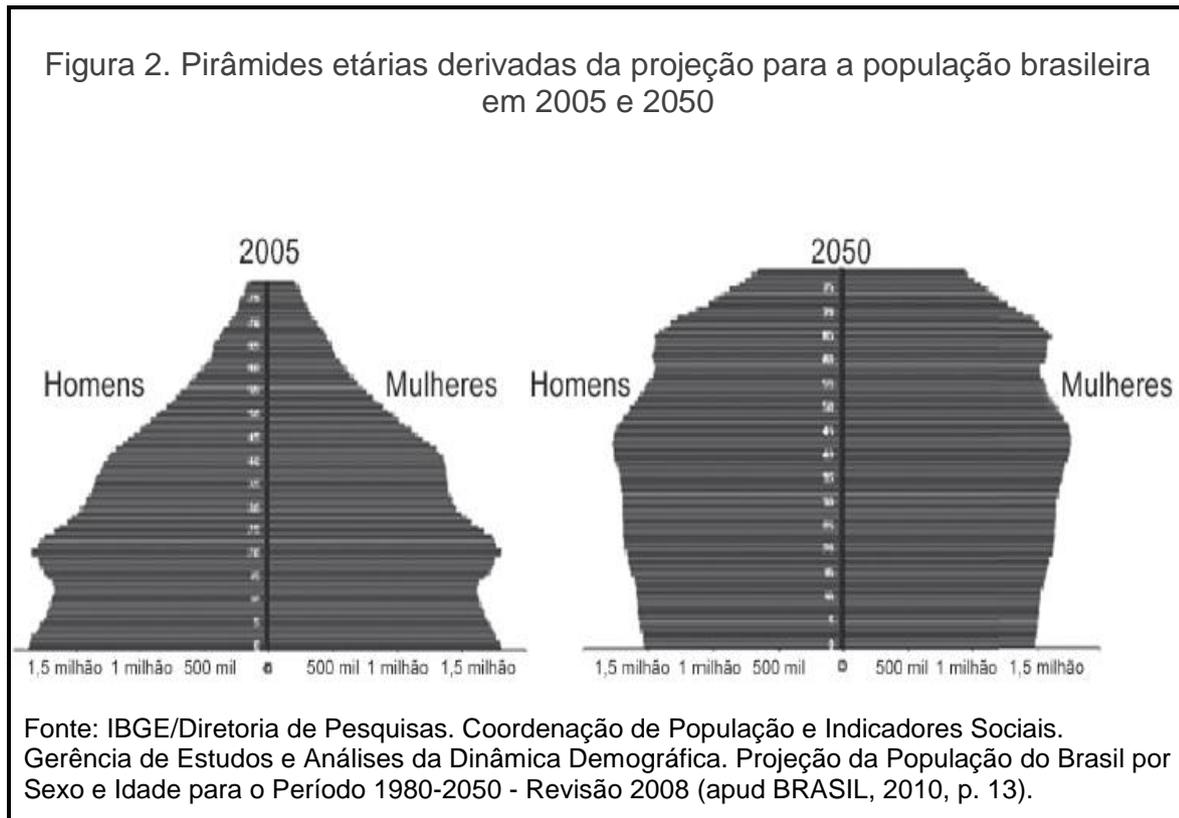
Figura 1. PROPORÇÃO DE PESSOAS IDOSAS NA POPULAÇÃO GERAL ATUALMENTE E EM 2050



Fonte: ESPIRITO SANTO, 2008, p.10.

Estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde (apud ROCHA JÚNIOR et al., 2011) apontam que no Brasil a taxa de população acima de 65 anos, em estado de dependência, corresponde a 7,3% no total de indivíduos idosos.

A diminuição nos índices de fecundidade e da taxa de mortalidade entre os brasileiros, tem dado um novo formato a pirâmide etária. Antes apresentava a base alargada e o ápice estreito (como triângulo), hoje apresenta características com base estreita e seu ápice mais alargado, como mostra a figura 2.



Essa figura mostra a grande participação da população adulta (em especial os idosos), agrupada a diminuição de crianças e jovens. Em 2008 o índice era de 26,7% entre as crianças e 6,53% para os idosos. Para 2050, o que se espera é a taxa de 13,15 para as crianças e mais 22,71 para os idosos do total da população (BRASIL, 2010).

2.6 POTENCIAIS RISCOS E NECESSIDADES DOS IDOSOS

O processo de educação em saúde pelo profissional da saúde demanda uma parceria com as pessoas que cuidam. Isso possibilita a sistematização das tarefas executadas no domicílio, com maior atenção a promoção da saúde, a prevenção e a manutenção da capacidade funcional. Além de beneficiar o idoso, a assistência domiciliar beneficia também seus familiares, evitando internações e o isolamento dessa população (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Propiciar uma atenção ao idoso é de muita importância, pois o paciente dependente demanda muito cuidado e se sente fragilizado. Os cuidadores, em muitos casos são pessoas idosas, que também futuramente necessitarão de cuidados. É necessário evitar que a pessoa idosa seja hospitalizada, pois quando está fora do seu ambiente,

longe dos seus objetos pessoais, se sente abandonado e incapaz (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Para Souza e outros (2006), existem no grupo geriátrico doenças que são mais prevalentes. Isso relacionado a causas negativas decorrentes da etapa vital. Estando entre elas:

Diabetes Mellitus tem apresentado um grande crescimento nos últimos dias entre as pessoas idosas, especialmente a diabetes tipo 2, por isso é considerada um problema de saúde pública. Chegando a cifra de 17,3% na população de 60 a 69 anos, enquanto nos indivíduos de 30 a 39 anos é de 1,7%. Tendo predomínio de 7,6 para os dois sexos, porém nesse estudo apresentou maior frequência entre as mulheres, porém esse dado não é confiável, pelo fato de as mulheres procurarem os serviços de saúde com maior frequência que os homens. Os indivíduos que moram sozinhos podem mostrar declínio na qualidade de vida, sendo um potencial de risco para a mortalidade (TAVARES et al., 2007).

Muitos portadores de diabetes segundo Tavares e outros (2007), ficam a disposição das políticas públicas devido as dificuldades encontradas para a aquisição da medicação, sendo desprovidos de renda, ou de uma renda mínima, onde 10% do benefício é destinado para esse fim.

Além das dificuldades financeiras, o idoso ainda está sujeito a enfrentar complicações da patologia, entre elas a retinopatia, que afeta algumas partes do olho, podendo levar a cegueira (TAVARES et al., 2007).

A diabetes deve ser detectada precocemente e realizado as orientações adequadas ao idoso e sua família sobre o tratamento e sua importância. Sendo um agravo que pode levar o indivíduo a várias complicações, como a insuficiência renal, mutilação dos membros inferiores, cegueira e distúrbios cardiovasculares (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

As intervenções na atenção a saúde da população com diabetes deve ter como objetivo o controle glicêmico para atingir níveis normais, para evitar lesões vasculares, bem como ações educativas que promovam o incentivo do idoso no processo do autocuidado. Conhecer o tempo de diagnóstico da doença é um fator que pode influenciar no planejamento das ações a essa população em estudo (TAVARES et al., 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é classificada uma patologia mais comum em pessoas idosas, sendo mais elevada com o avançar da idade. No Distrito Federal e em 17 cidades do Brasil, o índice de pessoas idosas com hipertensão oscila entre 39 a 59%. Este fato se dá devido as modificações fisiológicas derivadas do envelhecimento, estando entre elas o desaparecimento da elasticidade e a elevação da força vascular (SOUZA; MENEZES, 2009).

A HAS é uma patologia com um alto gasto na sociedade, sendo a causa de um índice de 40% dos casos de inatividade precoce e faltas ao trabalho. (CONSENSO, 1998 apud LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001).

Existem fatores que são considerados de risco para o surgimento da hipertensão, sendo divididos em dois grupos: um relacionado à idade, raça, sexo e hereditariedade, que são os fatores congênitos e o outro é o adquirido, relacionado a prática alimentar, ao consumo de anticoncepcionais orais, álcool e depressão (LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001).

Apesar de o indivíduo poder ter uma vida saudável quando é feito o controle pressórico, a hipertensão é uma preocupação para a saúde pública, pois ela representa um grande elemento de risco para doenças cardiovasculares. A grande maioria da população que apresenta infarto agudo do miocárdio (IAM), e acidente vascular encefálico (AVE), tem agregado a elas a hipertensão (SOUZA; MENEZES, 2009).

Para Souza e Menezes (2009), o plano de assistência a essa população muitas vezes se torna difícil, pois a coleta de informações nem sempre é confiável, pois o idoso no seu processo de envelhecimento enfrenta alguns aspectos que devem ser considerado, como é o caso da perda da audição, o estresse é as demências. Outro fator importante é observar na escolha do medicamento, uma vez que os rins e o fígado sofrem declínio e o metabolismo e a excreção dos fármacos se torna lento, facilitando os efeitos colaterais. Atrelado a esses fatores ainda existe a preocupação na adesão ao tratamento, com a solidão que muitos idosos enfrentam nessa idade, sendo alguns viúvos e sem amigos e a dificuldade financeira que diminuem a aceitação do tratamento com drogas e a alimentação recomendada.

Com a amplitude desse agravo é necessário à intervenção primária, e eficaz para prevenir problemas mais graves, e o enfermeiro deve estar preparado para intervir em situações emergenciais (OLIVEIRA et al., 2002).

É importante que haja a participação de uma equipe multiprofissional nas orientações com a doença, inclusive sobre os medicamentos, porém o maior responsável nesse cuidado é o profissional enfermeiro, que deve estar informado e atualizado sobre as particularidades da patologia. Nas diretrizes de HA (apud SOUZA; MENEZES, 2009), existem dois recursos para o tratamento: um é a transformação nos hábitos de vida, e o outro são os fármacos. Nesse contexto é imprescindível o apoio da família, sendo necessários modificações nos aspectos culturais, crenças e valores, evidenciando para esse grupo a importância da adesão do tratamento por meio de comunicação no seio da família, sendo o cuidador um aliado de extrema importância nesse momento. Por se tratar de uma doença crônica, o seu tratamento é permanente, por isso o idoso e sua família devem ser sempre motivados a continuar, uma única orientação não surtirá efeito, como confirma Oliveira e outros (2002), reforçando a necessidade de educação continuada, para a motivação da clientela que encontra vários agravantes na continuidade do tratamento, estando entre elas as dificuldades ao acesso ao serviço de saúde, e falta de apoio financeiro.

A conscientização do problema se faz necessário, pois a convivência com a hipertensão promove no indivíduo sentimentos diversos, como a amargura, o ódio, a agressividade e a antipatia, sendo difícil a aceitação. Por isso é necessário explicar ao idoso e sua família sobre a doença, sinais e sintomas e tratamento. É importante uma boa estratégia para contornar o problema (OLIVEIRA et al., 2002).

Em um estudo feito por Souza e Menezes (2009), o cuidador que está com esse idoso, se preocupa com o tratamento, e um dos pontos mais mencionados é a preocupação com a dose e o horário das medicações. Outro ponto importante é o cuidado com a alimentação, observando o consumo de sal e a preparação dos alimentos. Também é mencionada a preocupação em não deixar que o idoso fique com raiva, pois mesmo não tendo conhecimentos científicos, sabem que o emocional prejudicado pode alterar a Pressão Arterial (PA). Ainda se dizem atentos a sinais de complicações, onde a PA pode estar elevada (SOUZA; MENEZES, 2009).

É necessário mencionar que a exclusão do idoso nas tarefas domésticas nem sempre é um fator positivo, visto que ele pode ficar ocioso e o sedentarismo é um forte marcador que leva a obesidade, acentua as patologias coronarianas e conseqüentemente a degeneração física, que pode levar a hipertensão, além de gerar problemas com a autoestima (LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001).

Por outro lado o que observou Lima, Lopes e Araújo (2001), é que em muitos casos a família está alheia a situação vivenciada pelo idoso portador da HAS, não conhece o tratamento, sendo o próprio idoso o gerenciador das medicações, e nem sempre a família aceita de boa vontade a visita da equipe. Entrar nesses domicílios exige paciência e persuasão, sendo necessário muito diálogo e negociação com a família, para que eles possam estar junto com a equipe nessa tarefa tão difícil, que engloba o idoso a família e a equipe.

É importante relatar que com as orientações da equipe de saúde, não só o idoso adquire hábitos saudáveis, mas toda a família, pois começa a se cuidar junto com o idoso, como também relata Lima, Lopes e Araújo (2001), onde a família na adesão do tratamento está eliminando um fator de risco, que é a hereditariedade. O profissional não deve esquecer de que sempre que possível, o tratamento não medicamentoso deve ser priorizado (SOUZA; MENEZES, 2009).

As estratégias da Unidade Básica de Saúde (UBS) devem sempre focar na atenção primária, para que o cliente não necessite de atenção terciária, pois esse serviço sempre está superlotado, pois é o local de referência para casos de maior complexidade (LIMA; LOPES; ARAÚJO, 2001).

Distúrbios Nutricionais – As alterações nutricionais podem ocorrer em consequência da diminuição da capacidade das funções do organismo, surgindo a partir da percepção para gostos primitivos, podendo chegar aos seguimentos metabólicos (CAMPO; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Existem elementos relevantes na má alimentação do idoso, entre algumas delas estão os elementos psicossociais. Entre eles estão a perda do companheiro, a falta de recursos financeiros, estresse, a dificuldade de locomoção, o afastamento social, a possibilidade cognitiva, entre outros, agregados a própria doença. Cada um desses elementos percute no idoso de forma negativa, são exemplos: 1 - o baixo poder aquisitivo não permite que ele tenha alimentos com qualidade e com todos os

nutrientes necessários, pois o pouco recurso acaba por levá-lo a escolher alimentos mais baratos, com pouca variedade; 2 - a solidão e o afastamento social levam o idoso a não se preocupar com o que vai comer e não se preocupa com a qualidade, nem a quantidade, se alimentando de forma indevida; 3 - com a dificuldade de locomoção o preparo da alimentação pode se tornar uma função difícil, desestimulando assim na escolha das refeições, pois procura fazer o que for mais fácil, o que estiver ao seu alcance (CAMPO; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

A depressão encontrada no idoso e o isolamento, segundo Campo, Monteiro e Ornelas (2000) não traz somente a diminuição da ingestão de alimentos, mas a ansiedade decorrente das situações vividas pelo idoso pode levar a ingestão excessiva e conseqüentemente o sobrepeso.

Com a visão afetada o idoso encontra dificuldades em reconhecer os alimentos, tornando um fator importante na má alimentação, não sendo preparados os alimentos necessários para a sua dieta. É também comum nessa classe a perda dentária, isso leva a uma má mastigação, dificultando o processo digestivo e um inadequado funcionamento do processo das enzimas digestivas, além da carência de vitaminas, ferro e fibras, por não ingerir certos alimentos de difícil mastigação pela ausência dos dentes (CAMPO; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

No envelhecimento biológico o idoso tem o paladar diminuído, devido a diminuição do número de papilas gustativas, que leva a perda de sensibilidade aos sabores, por isso é comum em sua alimentação o excesso do sal e do açúcar, o que pode ser uma das conseqüências de apresentar hipertensão e diabetes na terceira idade (SOUZA et al., 2009).

O uso de medicações excessivo por essa população é muito comum, levando ao ressecamento bucal (xerostomia) ocasionado pela redução do funcionamento das glândulas salivares. A polifarmácia dos anciãos pode trazer sérias complicações, em conseqüência das interações medicamentosas que podem atrapalhar a absorção e o metabolismo, causando desnutrição (CAMPO; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Concluído por Campo, Monteiro e Ornelas (2000), muitos são as causas de má alimentação no idoso. Nas literaturas, vários outros fatores são citados, como: dificuldades na digestão, que é mais lenta no idoso, reduzindo o esvaziamento gástrico; a dificuldade de absorção de nutrientes, que pode levar a constipação; a

redução da secreção ácida, que favorece o crescimento de bactérias, que pode favorecer a diarreia. Enfim existem muitos fatores que predispõem a má nutrição.

Atitudes simples podem ser dadas para quem está responsável por esse idoso e sua família, como não deixar que ele se alimente sozinho, senta-lo a mesa, em posição agradável, preparar alimentos que sejam atraentes e com todos os nutrientes que ele precisa, usar temperos naturais para estimular o paladar, promover um ambiente agradável (CAMPO; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Locomoção – Em um estudo realizado por Nunes e Portella (2003), todos os idosos manifestaram dificuldades na locomoção, decorrentes de diversas patologias, como a Doença Pulmonar obstrutiva Crônica (DPOC), Insuficiência Cardíaca, demência e fraturas. Os idosos tendem a ficar restrito no leito em decorrência de suas queixas, e na maioria das vezes não são estimulados pelos cuidadores para realizarem suas atividades e desenvolver sua independência. É importante que haja uma orientação aos indivíduos que prestam cuidados ao idoso, mostrando os benefícios que o idoso tem em realizar suas próprias atividades, tendo o máximo de independência e autonomia possível.

Segundo Diogo (2000 apud NUNES; PORTELLA, 2003), movimentar e locomover, são essenciais para a realização de outras atividades, como alimentação, higiene, vestir-se e eliminações.

Atividades como tomar banho, vestir-se, transferências e usar vaso o sanitário, são as que apresentam maior dependência do cuidador, indicam 91,7%, exigindo do cuidador maior força física e atenção contínua. Em relação à alimentação são 58%, e a continência, 75% necessitam de auxílio (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005)

Visão - A catarata e o glaucoma são doenças comuns em idades mais avançadas. A catarata, provocada pela idade, reduz a visão periférica, em consequência do embaçamento do cristalino, principalmente no período noturno, já o glaucoma, é caracterizado pelo aumento da pressão do globo ocular e quando não tratada pode lesar o nervo óptico, podendo levar a cegueira. A maioria dos idosos usam óculos, em consequência das alterações na visão, aumentando a incidência de quedas e dificuldades em distinguir cores e objetos. É essencial um cuidado redobrado com a pessoa idosa (BORGES, 2012).

Audição Em 30% dos idosos a audição pode estar diminuída, e na maioria das vezes essa alteração, ocorre em razão do envelhecimento do sistema auditivo. Outra causa diagnosticada é o acúmulo de cera nos ouvidos. Se há dificuldade de audição, nem sempre adianta gritar. Som muito agudo, e voz fina são difíceis para o idoso escutar. Atitudes simples podem ser tomadas pelo cuidador, como, observar o excesso de cera, não gritar com o idoso, mas sim, falar perto dele, para que ele possa observar os lábios, fazem toda a diferença. É importante ressaltar a existência de alterações menos comuns que também podem afetar a audição, como os tumores e as infecções. Sendo necessária a avaliação do otorrinolaringologista (BORGES, 2012).

O fonoaudiólogo é um profissional que deve ser consultado na velhice. As dificuldades de comunicação devem ser percebidas por familiares e amigos do idoso, pois a dificuldade na comunicação, causada pela perda auditiva nem sempre é percebida por ele, e quando começa a perceber esse declínio já esta em fase tardia (SOUSA, 2007).

Para Sousa (2007), os cuidados terapêuticos são relevantes, porém fatores psicossociais tem apresentado maior eficácia no controle da perda auditiva. Ações preventivas devem ser priorizadas para uma melhor qualidade de vida desse idoso. O idoso ainda na população é visto como um ser calado, que só fala do passado, e por isso é isolado do convívio social, não se comunica, dificultando o diagnóstico precoce da perda da audição. É comum pensarmos que essas atitudes são responsabilidades dos governos e das UBS, mas essa é uma responsabilidade de todos, visando direcionar o idoso a ter uma vida saudável em um ambiente que favoreça sua comunicação.

Quedas - A taxa de mortalidade por queda foi 14,24% em idosos com 80 anos ou mais e de 5,26% na faixa etária de 70 à 79 anos segundo o Ministério da Saúde. As internações ocasionadas por queda no Brasil têm crescido a cada ano, em 2006 ultrapassou 63.381. Entre as morbidades ocupou o primeiro lugar, e na cifra de mortalidade, foi responsável pelo terceiro lugar, chegando a 2.030 óbitos. Os elementos intrínsecos e extrínsecos são responsáveis pelas quedas. Os extrínsecos, como iluminação precária, pisos escorregadios, tapetes, solo desnivelado, e os intrínsecos, estão associados ao próprio envelhecimento, como a diminuição da

visão e da audição, depressão, musculoesquelético (ALVES JUNIOR; PAULA, 2008).

É possível prevenir quedas com atitudes simples como avaliação de medicação usada pelos idosos, modificações no ambiente domiciliar e melhorias no ambiente populacional. Essa prevenção é essencial para reduzir problemas secundários. Esse uso contínuo de medicações associado à auto percepção de que a saúde é ruim e acompanhado do sedentarismo, podem elevar esse índice de quedas (SIQUEIRA et al., 2007).

Segundo Alves Junior e Paula (2008), medicamentos para diabetes, hipertensão e depressão podem contribuir para quedas.

Idosos que vivem sós: separados ou viúvos, tanto homens como mulheres têm mais quedas, atribuídos à falta do companheirismo, que poderia auxiliar nessas situações. Nossa população da terceira idade não teve a prática de atividade física na adolescência nem na fase adulta, por isso apresentam esse índice alto de osteoporose e doenças crônicas, resultando nas elevadas estatísticas de queda (SIQUEIRA et al., 2007).

Esta problemática de quedas é sem dúvidas uma questão de saúde pública, pois há uma preocupação em como incentivar esses idosos a participarem desses programas, em como conscientizar os jovens ao respeito no envelhecimento, plantar árvores que não atrapalhem as calçadas e nem suas raízes quebrem a mesma, o tempo que um sinal fica em vermelho para que o idoso possa passar com segurança, sem falar na altura dos degraus dos ônibus (ALVES JUNIOR; PAULA, 2008).

Segundo Coutinho e outros, [20--] as alterações na marcha é um grande fator que favorece as quedas. Dos idosos que caem, 57% são atribuídos a dificuldades na marcha.

Os idosos apresentam diversas dificuldades com o envelhecimento que podem prejudicar a marcha, como: o balanço dos braços diminuídos, o levantamento lento dos pés e a extensão dos passos, dificuldades em manter essa postura em pé estática, por isso antes de diagnosticar é preciso observar se essas alterações são características da senescência ou são patológicas (COUTINHO et al., [20--]).

As alterações posturais não podem ser vistas como algo normal na senescência, pois podem trazer prejuízos tanto sociais com psicológicos a saúde do idoso, levando em consideração que atrapalham a qualidade de vida, por diminuir a independência e autonomia no envelhecimento, devido a lentidão na locomoção e as dores, sendo necessário intervenções preventivas e corretivas relacionadas a postura (SANTOS et al., 2013).

2.7 SAÚDE MENTAL

Muitos são os fatores que tem afetado a saúde do idoso em todo o mundo, com a mudança na pirâmide etária, muitas são as atenções para essa população em estudo. Entre essa preocupações estão as doenças mentais, como a demência e a depressão, que leva o idoso a percorrer uma vida sem autonomia e sem independência, o que diminui a sua qualidade de vida. No Brasil, os idosos acometidos por esses distúrbios: demência e depressão totalizam 20%, chegando a 10 milhões o número de idosos que padecem por depressão (BENEDETTI et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde (apud BENEDETTI et al., 2008), evidência que os idosos que não têm uma vida ativa podem ser mais propensos a desenvolver doenças mentais, enquanto a população ativa tem menor incidência de demência e depressão.

Embora a depressão possa acometer também os jovens, ela é mais presente nos idosos, e somente é diagnosticada uma média de 40% desses casos. Esse é um assunto de interesse da saúde pública, pois esses idosos vão depender de cuidados domiciliares e gera gastos para o poder público e para a sociedade. Não foi provado que a atividade física impede a demência, mas que uma vida não sedentária para os idosos reduz/retrocede esse risco (BENEDETTI et al. 2008)

A demência pode ser diagnosticada se for realizada uma avaliação adequada no paciente. Nos idosos que foram identificados o quadro de demência, 72,4% tiveram dificuldades na memória. Essas perdas de memória geralmente são expressas pelo idoso na consulta ambulatorial, e deveriam ser observadas frequentemente para se adquirir maiores informações. Dos diagnosticados com demências, os que têm perda da memória são quatro vezes mais propensos ao transtorno quando

comparados aos não queixosos, porém muitas vezes essas informações são negligenciadas pelo profissional, levando a um retardo no diagnóstico e nas intervenções. Outro fator que pode favorecer o surgimento da demência é a baixa escolaridade, por isso é um fator relevante que deve ser investigado (REYS et al., 2006).

Nos países em desenvolvimento existe uma escassez de estudos epidemiológicos de incidência e predomínio de demência em idosos, diferente dos países desenvolvidos, onde os estudos com idosos com demências são bem avançados e já estão inseridos no orçamento público. No Brasil um instrumento adaptativo dos países desenvolvidos vem sendo utilizado, o Brazil Old Age Schedule (BOAS), um estudo funcional da população idosa em forma de questionário multidimensional, porém há um prejuízo nos resultados, pois o teste exige conhecimentos educacionais, e os idosos dos países em desenvolvimento apresentam pouca ou nenhuma escolaridade, situação que indica que fatores socioculturais devem ser analisados (SCAZUFCA et al. 2002).

Cuidadores informais de idosos, profissionais e os poderes governamentais devem estar inseridos nesse contexto, para que possam ter acesso a essas informações para saber atuar frente ao quadro de demência no idoso na sociedade (SCAZUFCA et al., 2002).

Um estudo realizado por Clemente, Loyola Filho e Firmo (2011), propõe avaliar a concepção do idoso em relação a sua saúde mental em um serviço de psiquiatria geriátrica. Os idosos que fazem tratamento não reconhecem esses transtornos, atribui as manifestações a própria velhice, mas aceitam as internações em consideração aos seus familiares, e não se internam por sua vontade própria, mas se sentem satisfeitos com o tratamento e com os profissionais. O que aponta para a necessidade de uma atenção das políticas públicas voltada para a saúde mental do idoso, em informações mais eficientes para que essa população procure esse serviço e possa ser realizado o diagnóstico precoce, além de qualificação do profissional.

Transtornos orgânicos, da ansiedade, dependência medicamentosa são comuns em idosos, apesar de se considerarem saudáveis, aderem o tratamento para minimizar os sintomas. Acreditam que os sintomas são consequência da má alimentação e do sono, além de outras causas. Os idosos se apegam a religiosidade, dizendo que tem

que se apegar a Deus, mas é observado o medo que tem de serem rejeitados pela sociedade, pois ainda na sociedade problemas mentais não são bem aceitos, levam a perda da autonomia, o que é um grande medo enfrentado na terceira idade. O profissional deve estar bem atualizado em relação a estudos científicos, para esclarecer dúvidas da comunidade, e uma interação deve existir com a clientela, eliminando os mitos (CLEMENTE; LOYOLA FILHO; FIRMO, 2011).

2.8 POLÍTICAS PÚBLICAS ESTADUAL E NACIONAL DO IDOSO

Ampliação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) de forma positiva têm contribuído na vida de brasileiros idosos, em parceria com assistência social e políticas previdenciárias. A imagem de abandono na velhice tem tomado nova forma, devido ao acesso aos serviços de saúde, educação e renda (BRASIL, 2010).

[...] o comprometimento público em torno do Pacto pela Vida, lançado em 2006, quando pela primeira vez o Sistema Único de Saúde assumiu como meta prioritária a atenção à saúde da população idosa no país, tem incrementado as ações de saúde nessa área. Coerente com a proposta de Envelhecimento Ativo, dentro das diretrizes propugnadas pela Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem buscado qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas, contribuindo para que não só tenhamos maior expectativa de vida em nosso país como também agregando mais qualidade aos anos a mais vividos. Afinal, envelhecer com saúde é um direito de cidadania (BRASIL, 2010, p.8).

São necessárias mudanças no atendimento ao idoso, uma assistência humanizada, proporcionando avanço na linha do cuidado, com atenção a essa faixa etária. Disseminando ideias do Envelhecimento Ativo, sendo necessário que o profissional de saúde busque conhecimentos específicos e ideias inovadoras que possibilitem uma vida mais saudável ao idoso (BRASIL, 2007).

NA Portaria/GM nº 399, publicada em 22/02/2006, A saúde do idoso é contemplada como uma das prioridades no Pacto pela Vida. Isso mostra a preocupação das políticas públicas de saúde com o idoso (BRASIL, 2010).

[...] Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total (BRASIL, 2010, p.13).

Esse aumento da expectativa de vida está agregado às campanhas de vacinas, ao pré-natal, aumento da escolaridade, campanhas de aleitamento materno, avanços

na medicina, saneamento básico e a maior procura por atendimento nas unidades, na prevenção de doenças, em consequência de informações com relação às doenças e agravos a saúde (BRASIL, 2010).

Segundo os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (apud AREOSA, S.; AREOSA, A., 2008), 12 milhões de famílias no Brasil são sustentados pelas aposentadorias ou pensões dos idosos maiores de 60 anos. Os idosos têm em média renda maior que os jovens, e também possuem casa própria em maior porcentagem, consequência do egresso dos jovens cada vez mais tardiamente no mercado de trabalho, além de muitos retornarem para a casa dos idosos quando ficam desempregados e quando se separam, ou até mesmo sem se separarem, quando não conseguem garantir sua sobrevivência. Nesse contexto o idoso se torna importante por ser o alicerce da família, contribuindo com o seu benefício, deixando de ser assistido e passando a ser o assistente.

Tabela 1 - Idosos responsáveis pelo sustento da família.

Total	8.964.850
	62,4% homens
Distribuição por sexo	37,6% mulheres
Média de idade	69 anos
Escolaridade média	3,4 anos de estudo
Rendimento médio	R\$ 657,00

Fonte: IBGE, 2004 - (apud SANTANA, 2007, p.10).

Segundo Areosa S. e Areosa A. (2008), o aumento da perspectiva de vida tem preocupado em relação aos gastos com a saúde, cada dia tem aumentado o número de idosos que são chefes de família, segundo o IBGE em 2000 (apud AREOSA, S., AREOSA, A., 2008), esse número chegava a 41%, o que tem levado os idosos a retornarem ao mercado de trabalho e se submetendo a situações precárias, por sua renda não ser suficiente para o sustento da família. A aposentadoria deveria garantir ao idoso uma vida tranquila e saudável, que pudesse suprir suas prioridades básicas. Sendo importante que as políticas públicas implantem ações que não só visem melhorar condições de vida para o idoso, mas também se voltem para a inserção dos jovens no mercado de trabalho. O envelhecimento com aumento da qualidade de vida e autonomia é uma das grandes inovações para o 3º milênio. Para

Caldas (2003) a dimensão de pessoas que recebem benefícios por mês é inquietante, pois a cada 2,3 dos colaboradores, um recebe auxílio.

Na velhice a dependência dificulta o desempenho da Atividade da Vida Diária (AVD), pois necessitam de adaptações. Essa dependência não pode ser vista como algo fixo, mas como um fenômeno que pode ser mudado ou prevenido, e com a vida após os 80 anos é na grande maioria vivida com muitas dificuldades, e a família nesse momento é de extrema importância (AREOSA, S.; AREOSA, A., 2008).

Para se dar conta dos recursos destinados à previdência, o cálculo que se faz é que teria que elevar os impostos em 13% em 2025 (AREOSA, S.; AREOSA, A., 2008).

Nos lugares de maior pobreza os idosos enfrentam maiores dificuldades para desempenharem as AVDs, como a locomoção, a alimentação, higiene corporal, eliminações, vestir-se, expressão da sexualidade, uso de transporte e outros. Essas famílias carecem de um ambiente facilitador para o idoso, não tendo instrumentos para facilitar a locomoção, como: cadeiras de rodas, muletas, nem trabalhos de reabilitação. Vivem em espaços pequenos, sem condições de locomoção e com maior risco de quedas. A dificuldade de locomoção que leva a dependência, as vezes podem ser consequências de falta de atividade, medicamentos, preocupações, enfermidades e tristeza. Podendo interferir diretamente em outras AVDs (SILVA et al., 2006).

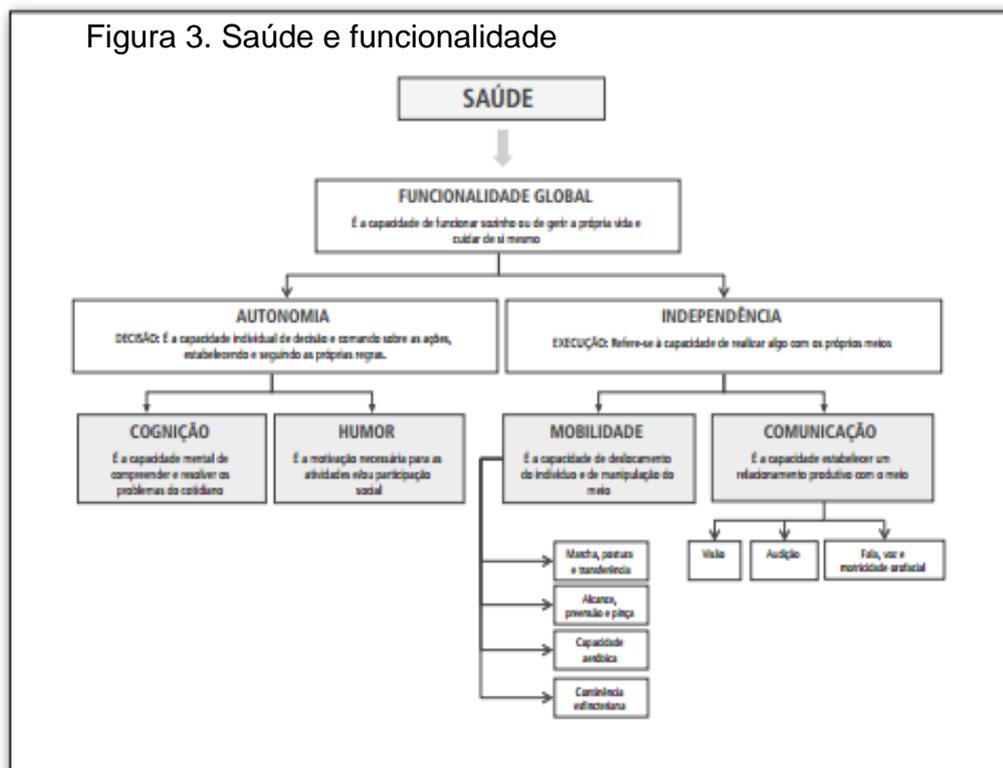
A dependência é o que mais assusta o idoso, e é função especial da Atenção Básica e da equipe de saúde, e esse cuidado com essa faixa etária é um trabalho conjunto entre idoso, equipe de saúde e família. De forma sistemática, a avaliação funcional busca verificar, em que nível as doenças ou agravos impedem o funcionamento, contemplando a autonomia e independência, atividades de vida diária, do próprio cotidiano o desenvolvimento que mais se adéqua ao planejamento assistencial (BRASIL, 2007).

Existe a dependência parcial e total. Na dependência parcial o indivíduo necessita de ajuda, orientações e uma interação para realizar o cuidado, enquanto na dependência total todo o cuidado é realizado em prol do indivíduo, pois ele não tem condições de realizá-lo sozinho (SOUZA et al., 2006).

Segundo Rocha Júnior e outros (2011), um estudo feito relacionado ao apoio domiciliar, mais de 90% dessas famílias não adquiri assistência de nenhum tipo de serviço, quer seja do governo, voluntário ou particular.

Proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde. A independência e a autonomia são objetivos a serem atingidos, pelo maior tempo possível na atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007).

A funcionalidade é compatível com o bem estar. Para Moraes (2012) devem ser representadas pela autonomia (ter comando sobre suas ações e decisões usando de sua capacidade individual) e a independência (competência para fazer algo usando seus próprios recursos). Elas devem estar em harmonia com os esquemas operacionais principais. Como segue figura abaixo:



Fonte: MORAES, 2012, p. 11.

1 - A **cognição** está relacionada a condição que o indivíduo tem em entender e solucionar as situações vivenciadas no cotidiano. Estimulando sua capacidade mental. 2 - O **humor** está ligado às condições mentais, estando entre eles o pensamento, a consciência e a percepção. Que favorece a interação social e a motivação. 3 - A **Mobilidade** é uma forma de locomover com seus próprios meios,

indo de um lado para outro, manipular objetos, postura e controle das funções fisiológicas. 4 - A **comunicação** é a forma como o indivíduo está inserido na sociedade, trocando palavras e informações, expressando suas vontades e ideias. Sendo necessário o uso dos seus cinco sentidos (MORAES, 2012).

É de suma importância assistir o paciente idoso de forma holística e humana, não como peso para a sociedade (BRASIL, 2007).

É grande o número de cuidadores que não recebem orientações, atendimentos mais frequentes, suporte social, auxílio com medicamentos e transportes (40%). É imprescindível que o profissional da saúde esteja capacitado para prestar orientações aos idosos e sua família, quer seja nos serviços de saúde ou após a alta hospitalar. Esses cuidadores não recebem informações de como cuidar do idoso, a qual tipo de serviço recorrer para a continuidade do tratamento, sobre as medicações, nutrição, como marcar retornos (principalmente algumas especialidades), onde adquirir equipamentos, ajuda financeira, enfim, são muitas as orientações que são negligenciadas (CALDAS, 2003).

O cuidador informal precisa e deve ser bem preparado, pois ele é parte importante no gerenciamento do cuidado, deve ser visto como um intermediário de saúde e seu papel é essencial na prevenção de dependências e na sua reabilitação. Deve estar preparado para gerenciar os sentimentos que caem sobre sua responsabilidade como: a raiva, angústia, pesar, decepção e estresse (CALDAS, 2003).

Entre vários fatores, com a redução da fecundidade, um momento crítico será vivenciado pela sociedade, uma vez que são os filhos que na grande maioria cuidam dos idosos, e com essa diminuição do número de filhos, certamente situações de crise é o que se espera no ambiente familiar, e esse não é um futuro distante, e sim muito próximo (MAFRA, 2011).

Outra situação de dependência enfrentado com a velhice, é o fato de ser obrigado a deixar um membro de sua família receber a aposentadoria, por não ter condições de ir até a agência bancária, e isso tira sua autonomia. O que é difícil para o idoso, é também para a família, que essa função de cuidar do idoso é atribuída na grande maioria a filha, nora e netos, e que se abdicam do trabalho, casamento, lazer em consequência desse cuidado, e em situações de uma população de baixa renda isso se torna ainda mais complicado (SILVA et al., 2006).

2.8.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), instituída em 1994 pelo Ministério da Saúde, com uma nova visão em que a saúde deve ser programada na atenção integral a família e não focada apenas no indivíduo (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída em 1999, tem como propósito basilar 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 e a reabilitação. Busca-se garantir a permanência do idoso no meio em que vive, exercendo de forma independente, suas funções na sociedade (OLIVEIRA, TAVARES, 2010, p. 775).

A base da ESF está fundamentada no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito, onde suas ações estão fundamentadas de acordo com a necessidade da população, que visa promover um vínculo entre a equipe e a população, uma ligação entre o usuário e a unidade, cadastramento das famílias, e um diagnóstico da necessidade de cada família. Buscando soluções de problemas de saúde mais comuns. As necessidades do usuário é o centro da atenção da equipe, e melhor qualidade nos serviços prestados. Fazem parte das diretrizes a integridade, equidade e universalidade (BESEN et al., 2007).

É de responsabilidade das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), a alocação das equipes da ESF, Cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (SÃO PAULO, [201-]).

[...] A saúde pública é definida como sendo a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços da sociedade, incluindo todas aquelas ações e práticas efetuadas para aprimorar a saúde da população. A saúde global da população é o foco da saúde pública sob os aspectos preventivo, curativo e educativo. Reconhecem-se três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. O nível primário tem como focos a promoção da saúde e a prevenção da doença. O secundário objetiva identificar a doença no nível diagnóstico. O terciário preocupa-se com o tratamento da doença (FONSECA et al., 2008, p. 1276).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 tem como ponto principal a atenção primária, que tem centralizada a promoção e prevenção, mudando o olhar tradicional, que antes era focado na cura, ou seja, na atenção terciária. Junto com a ESF foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na intenção de aumentar a porta de entrada para a estratégia (FONSECA et al., 2008).

O Agente Comunitário de Saúde tem um papel importante na captação de informações e transferência desses dados para a unidade, são responsáveis por promoção e prevenção, mapeamento da área e educação em saúde. Esse mapeamento territorial possibilita o conhecimento da área, dados epidemiológicos e demográficos, favorecendo o diagnóstico de intervenção nos agravos e pontuar prioridades (SÃO PAULO, [201-]).

Com a necessidade de internação domiciliar, que é uma classe específica, que envolve os profissionais, e a família, e um aparato tecnológico para a necessidade de cada indivíduo, é necessário um acompanhamento contínuo no domicílio, e permanência da equipe na residência por no mínimo quatro horas diárias. O profissional em domicílio, não atenta somente para o estado clínico do usuário, mas também aos fatores sociais, econômicos, culturais, religiosos, higiene, segurança e esclarecimento das ações (SÃO PAULO, [201-]).

A ESF é um local particularizado para se atender ao idoso, e é através das visitas domiciliares que o enfermeiro adquire esse vínculo com o idoso. Durante essas visitas o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem, onde é colocado em prática seus conhecimentos científicos e também se faz o elo da população com a unidade. Além do conhecimento sobre o envelhecimento, o profissional necessita de ir mais longe, conhecendo as dificuldades enfrentadas na velhice, e esta sensível as fragilidades dessa população (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

O perfil dos enfermeiros que atuam nas ESF é de: pouco tempo de formação (43,1% tem menos de 4 anos), maioria mulheres, jovens e de ensino em instituições privadas, fator este justificado pela ampliação das ESF e implementação de novas equipes (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Segundo estudo de Oliveira e Menezes (2011) nas unidades os idosos relatam que o profissional enfermeiro da ESF, não é uma pessoa presente nos seus lares, mencionam o papel dos ACS, que tem se mostrado importantes, pois são eles quem marcam as consultas, fazem favores, e é quem os visitam (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

A atual Política Nacional de Atenção Básica descreve que a realização do cuidado em saúde da população idosa de área adscrita à ESF, se dá tanto no âmbito da unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), e que a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporciona atendimento humanizado e viabiliza o estabelecimento do vínculo, e estão

entre as atribuições que são comuns a todos os membros da equipe de Saúde da Família (OLIVEIRA; MENEZES, 2011, p. 307).

Os idosos acreditam que somente os ACS os visitam porque os demais profissionais da equipe da ESF não têm tempo para visita-los, tem muitos afazeres. Só procuram as UBS quando estão necessitando de assistência, o que não condiz com as políticas de saúde, onde a visita da equipe é para garantir que a população seja atendida em seu domicílio sem precisar ir a UBS, principalmente em casos de dificuldades de locomoção e urgência e também para evita-los, sendo fator principal a promoção e prevenção e não curativa (OLIVEIRA; MENEZES; 2011).

Nas visitas os idosos relatam que não sabem diferenciar entre enfermeiros, técnicos e ACS, pois eles sempre vão aos seus domicílios sempre verificar a pressão, o que nos revela que toda a equipe necessita desenvolver ações voltadas para essa população (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Segundo Oliveira e Tavares (2010), a visita domiciliar é uma forma de se pensar e colocar em ação as realidades vivenciadas nos lares, podendo fazer reflexões e agir de forma mais alicerçada em evidências, e não mais com aquele olhar de enfermeiro “tarefeiro”.

Nas unidades observa-se a carência de se conhecer mais sobre o envelhecimento, os novos profissionais no mercado estão bem preparados para as questões teóricas, fato esse caracterizado pela presença da disciplina na graduação. Em 2001, mais exatamente em novembro, foi proposto um novo desafio nas instituições no ensino de graduação no curso de enfermagem: o cuidado a pessoa idosa, e um conteúdo relevante é o exame físico, que foi estudado na graduação, mas na prática é aplicado de forma inconclusa. Durante a consulta o enfermeiro necessita de tempo para colher dados e esse tempo é o momento determinante na absorção de informações para se tomar decisões resolutivas (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Durante a graduação, observou Oliveira e Tavares (2010), que são poucos os trabalhos e pesquisas nessa área, o que se percebe nos profissionais que tem o conhecimento muito limitado, por isso se faz necessário a inserção de cursos e atualizações para os profissionais atuantes nas ESF, para que possam desenvolver suas atividades com segurança.

Os problemas crônicos e incapacitantes na atenção a saúde, são diagnosticados pelos profissionais da saúde muitas vezes tardiamente, e esse fato dificulta as

intervenções e ações para minimizar os sinais e sintomas. As políticas nacionais estão enfatizadas na atenção ao idoso, mas na prática, essas intervenções direcionadas para o idoso frágil ainda é bem escassa. Muitas doenças crônicas não transmissíveis podem ser evitadas, já que elas estão relacionadas a fatores comportamentais e ambientais e não a idade, nem a genética, o idoso pode ter uma vida saudável, mas para isso é necessário que seja feita adequações para as restrições na velhice (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

No seguimento do cuidar, um fator relevante é o histórico anterior das relações entre idoso e família. A família nem sempre consegue preservar a autonomia do idoso, as vezes por escassez de recursos e/ou pela privação das atividades domésticas, consequência do medo que a família tem de que ele venha a se machucar, e isso pode gerar no idoso um sentimento de fadiga, por se sentir inútil e não realizar tarefas que antes fazia, e nesse momento é importante que se faça uma reflexão e se estude até que ponto é possível preservar a capacidade funcional dessa pessoa idosa, pois isso não deve ser tirado dele, devendo ser estimulado sempre que possível (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Ainda no seio da família, nos dias atuais a violência contra o idoso tem sido bem presente, mas a sociedade não tem dado muita ênfase ao assunto, e esse agravo traz ao idoso um grande prejuízo emocional (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Para Meira, Gonçalves e Xavier (2007), a violência muitas vezes acontece sem a intenção ou percepção do cuidador. Quando o cuidado se instala por muito tempo, o cuidador começa a se sentir sobrecarregado, tanto físico, como emocional, e os recursos econômicos começam a se tornarem escassos, entrelaçados ao pouco conhecimento com o envelhecimento e a doença, pode surgir sentimentos negativos, em que o cuidador não consegue gerenciar esse cuidado de forma integral, podendo ser um forte fator de risco de violência, como o abandono.

Outro risco de violência é a negligência. O cuidador muitas vezes se torna doente, sem forças físicas para cuidar desse dependente, que normalmente está sobre sua responsabilidade 24 horas, e com muitas dependências, conseqüentemente o cuidador não consegue concluir suas tarefas, sendo sobrecarregado, então o cuidado não será concluído (MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

Ainda o cuidador é portador de algumas doenças onde acaba não procurando o médico. Segundo Meira, Gonçalves e Xavier (2007), doenças como hipertensão, diabetes, dores musculares, depressão, e outras, são comuns nos cuidadores, mas eles colocam o idoso em primeiro lugar e esquecem de sua própria saúde, e essa situação vai se agravando, gerando sofrimento e desgaste, podendo surgir no seio da família outro indivíduo doente, e com isso mais uma vez o cuidado é negligenciado. Um risco de violência.

Segundo Pimenta e outros (2009), o fato de o cuidador dizer que não se incomoda em atender as exigências do idoso, pode gerar sensação de negligência, pois ele pode deixar o cuidado de lado, esperando a vontade do idoso, nem sempre é a atitude ideal. Como observado tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos comportamentos comuns do idoso e de respectivas reações de incômodo ou aborrecimento produzido nos familiares cuidadores, no contexto da Grande Região do Porto, Portugal – 2005.

Comportamentos do Idoso	Frequência %	Incômodo %
Tem alterações de sono	51	21
Repete continuamente as mesmas histórias	45	20
Suja as roupas com urina e fezes	41	18
Só reclama da situação	37	9
Esquece das rotinas como tomar remédio	37	15
Não consegue achar as coisas	34	9
Junta coisas inúteis	34	14
Vive chorando	29	14
Não gosta de tomar banho	28	9
Não quer sair do quarto	25	8

Nota: O percentil de cada item corresponde a 100% da amostra.

Fonte: (PIMENTA et al., 2009, p. 612).

Com o tempo podem surgir no cuidador sentimentos de revolta, e não atende a todas as necessidades do idoso e acredita ser um abuso ele querer exigir tantas coisas, além de começar a surgir expressões no cuidador referente à forma como ele foi tratado pelo idoso. Um exemplo é o filho que o pai nunca deixou fazer nada, não deixou estudar, não pode comprar as roupas que queria, casos em que os pais eram ruins, isso começa a ser expressado pelo cuidador ao idoso nos momentos de exaustão, gerando divergências e conflitos e soando para o idoso como falta de respeito, uma violência verbal (MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

O cuidador é oprimido aos poucos, pois não tem mais vida social, estando isolado da sociedade, dos amigos e então começa a se cansar do fato do idoso querer fazer suas próprias vontades e sozinho as tarefas que não consegue mais, é “teimoso”, começa a retirar sondas, não quer tomar banho, mexer em tudo, podendo nesse momento surgir problemas mentais no cuidador, e a família não interfere para ajudar, mas sim observa da “arquibancada”, pois se esse cuidador não estiver bem, o cuidado cairá sobre outro. O estresse no cuidador surgirá de forma lenta e poderá transformá-lo em um agressor (MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

2.8.1.1 Fatores culturais e etnias

É necessário que a atenção básica esteja atenta para a cultura do idoso, visto que cada um tem seus costumes, sendo relevante no atendimento a essa população conhecer cada indivíduo e suas particularidades. Alguns idosos pontuam saúde à uma boa alimentação, atividade física, dormir bem, religiosidade, agasalhar-se evitando o frio, entre outros, e na maioria das vezes têm resistência em aceitar mudanças. Entre as etnias é possível observar diferentes evoluções ao longo do tempo em saúde, como por exemplo, os libaneses são considerados mais saudáveis, pois se preocupam com a boa alimentação no decorrer de seu envelhecimento, já os brasileiros e paraguaios se mostraram menos saudáveis, mesmo com muitas melhorias e programas de saúde, já enfrentaram tempos de dificuldades, atribuídos às rendas inferiores (FALLER; MARCON, 2013).

A antropologia é um campo importante nesse momento em que cresce o número de idosos, com o aumento da perspectiva de vida é imprescindível conhecer como essa população está envelhecendo, como eles têm cuidado da saúde, como procuram resolvê-la e suas prioridades, para que se possa fazer intervenções. (UCHÔA, 2003).

Segundo Uchôa (2003), a visão de envelhecimento como deterioração do corpo, declínio, não é universal, nas sociedades não ocidentais a velhice é vista de forma diferente, influenciada pela cultura, como por exemplo:

- No grupo étnico do Sudão, os Nuer, os do sexo masculino ao atingirem a adolescência fica marcado o início de uma vida de superioridade ou

inferioridade, onde existe também uma hierarquia social, onde os mais velhos são respeitados.

- Para os Bambara do Mali, africanos, a terceira idade é símbolo de conquista, crescimento humano, estão mais perto dos seus antecessores, já viveram, construíram família e tem autoridade sobre os mais novos.
- Em uma população indígena da Colômbia, os Cuiva, os idosos não são destacados. Após a infância todos são adultos iguais, não são velhos para se casar, ter filhos, tomar decisões e também não são superiores, não há distinção. Diferentes dos ocidentais que exclui os idosos por se preocuparem com dinamismo e produtividade.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (apud SILVA et al., 2012), a população brasileira negra apresenta nível inferior de escolaridade, com pouca qualificação profissional, e como consequência apresenta uma renda inferior e dificuldades com uma boa alimentação, boa moradia e vestuário. Também são desprovidos de saneamento básico, lazer, prática de atividades e acesso à saúde. Apesar de esses índices serem pouco percebidos, os negros apresentam mais doenças crônicas e são mais hospitalizadas. A perspectiva de vida aumentou, e consequentemente o número de doenças crônico-degenerativa, musculoesqueléticas e neurológicas, que trazem ao idoso a dependência, perda da autonomia, e não pode realizar tarefas simples que antes faziam, e juntamente a maior probabilidade de quedas.

A perda do equilíbrio corporal tem aumentado o número de queda sofrida pelo idoso, branco ou negro, mas na população negra é maior esse índice. No Brasil o número de idosos que sofrem quedas chega a 29% em 12 meses e metade são recorrentes no decorrer de um ano, e é em maior proporção em mulheres, pois elas vivem mais, atribuídas a maior procura por serviços de saúde, não consumo de álcool e fumo e redução em acidentes de trânsito. Curiosamente as quedas ocorrem em atividades simples do cotidiano ou ao caminhar, e na sua grande maioria essas quedas podem gerar um grande prejuízo ao idoso, como invalidez e dependência no autocuidado, e mesmo quando não há gravidade fica o medo de reincidência (SILVA, et al., 2012).

Para o povo egípcio a velhice é sofrimento, onde não se tem o funcionamento do corpo como antigamente, é uma desgraça: perda da força física, visão e audição. Os gregos tem mais prazer em morrer do que em envelhecer, fazendo pouco caso do

envelhecimento. Para alguns grandes nomes, como Homero, Sócrates e Platão, a velhice é exaltada, sinônimo de sabedoria, se interessam pelo idoso e acreditam que esse é um período de liberdade e paz. Para Cícero, na velhice os prazeres corporais são substituídos por prazeres intelectuais (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

Segundo a teoria da subcultura os idosos retêm valores, atos, expectativas e crenças características de seu grupo, que os separam da sociedade por serem diferentes de outras faixas etárias (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

[...] A Teoria Transcultural foi definida por Leininger como “o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem” tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistema de valores. [...] (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007, p.119).

Para Leininger (apud SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007), quando não se valoriza a cultura no cuidado é como se desfizesse o laço que o indivíduo tem com o seu passado. Esse cuidado necessita ser aprofundado, com investigações científicas que visualizem a valorização humanista nas relações culturais e sociais. O cuidar é diferente em cada cultura, tendo o seu valor de linguagem, ambiental, social e religioso. Por essas circunstâncias, quando a enfermagem não valoriza esses fatores podem propiciar ao indivíduo momentos de estresse, conflitos e problemas morais. O idoso também sofre com a necessidade de adaptar-se com os mais novos, inclusive os membros familiares.

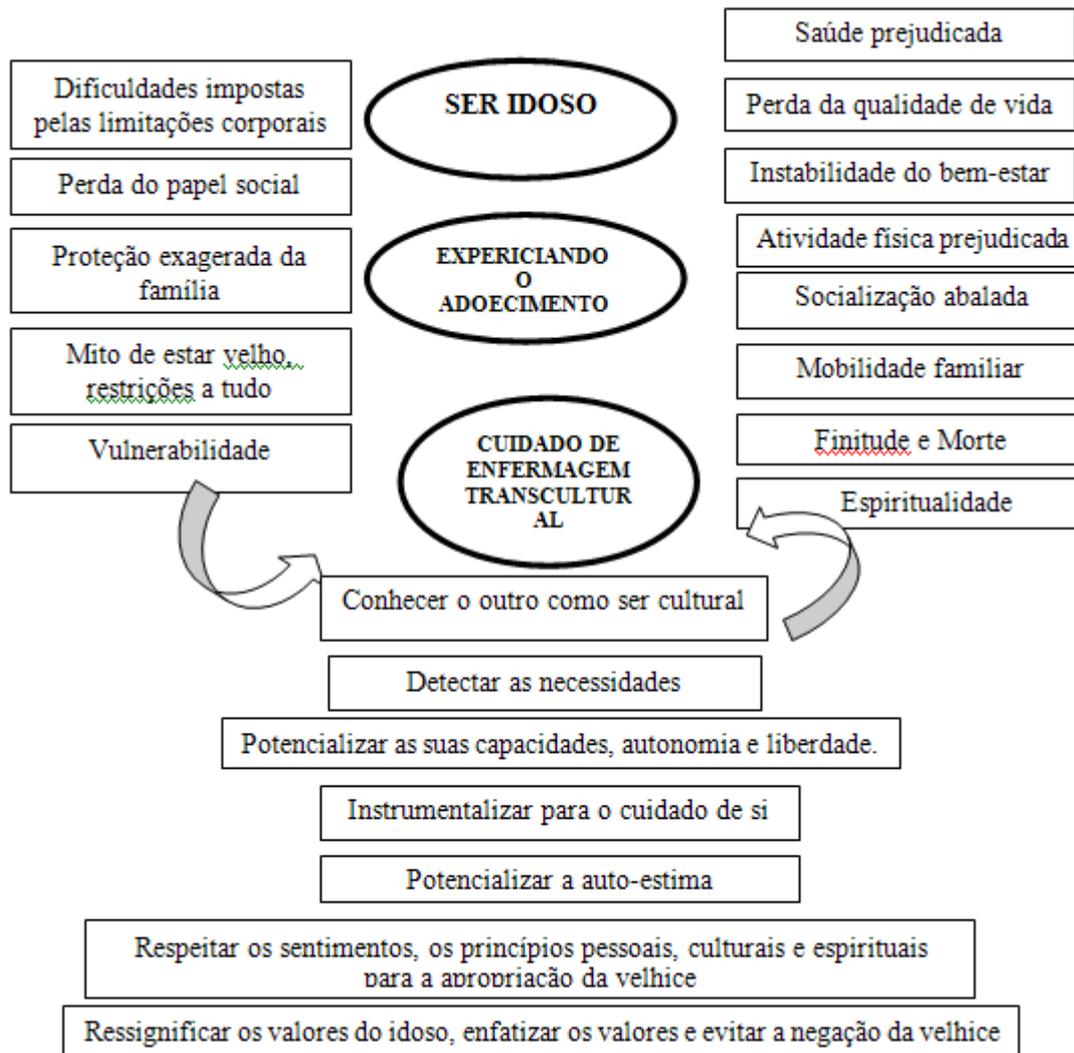
Para Souza; Zagonel e Maftum (2007) o cuidado observando as culturas, significa respeitar cada povo. Para manter o elo com o seu povo, os indivíduos que migram de outras civilizações mantêm hábitos culturais e isso pode interferir na forma como aceitam as medicações, a reação a dor, a dieta e o autocuidado. Cada etnia tem sua forma de valorizar o idoso.

Os judeus tem uma cultura religiosa, valorizam o trabalho, a ciência e a arte, se preocupam com a escolaridade, tendo um grande índice de pessoas com curso superior (uma taxa de 80% nos Estados Unidos). São guardadores fiéis do sábado, podendo neste dia não aceitar atendimento médico. Na sua alimentação existe a restrição da carne de porco e moluscos (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

Os japoneses tem apego a família, segundo Souza; Zagonel e Maftum (2007), eles respeitam seus idosos, sendo o momento de doença um momento de aproximação com a família. São tranquilos e quando há um enfermo em casa eles mesmos

procuram meios para cuidar, evitando a hospitalização, e se for possível, evitam os profissionais da saúde.

Fluxograma 1 – Representação do modelo de cuidado de enfermagem transcultural ao idoso



Fonte: Adaptado de Souza, Zagonel e Maftum, (2006 apud SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007, p.123).

Na atuação da enfermagem é importante usar instrumentos como a comunicação e a avaliação, para melhor compreender cada cultura e realizar intervenções direcionadas a cada situação. O idoso encontra-se muitas vezes em situações que não ouve bem, nem enxerga adequadamente, além de outros agravantes. Por isso cabe ao enfermeiro se aperfeiçoar cientificamente e promover a cada idoso o tratamento adequado, visando respeitar sua cultura e sua opinião de uma forma integral, não negligenciando o ambiente em que o idoso vive: se em casa ou em instituições. Se na velhice o indivíduo for tratado com amor e respeito, terá maior

confiança, certamente ficará mais maleável para atender as intervenções e solicitações do enfermeiro (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

2.8 2 Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003

Segundo as disposições preliminares instituídas no artigo 3º do estatuto do idoso, publicado em outubro de 2003 diz:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (PAIM, 2004, p. 23).

É de responsabilidade do Estado, garantir ao idoso uma velhice saudável, com dignidade, respeito, liberdade, direito de ir e vir, expressar suas opiniões, convívio em família e na sociedade, a cultos religiosos, práticas de esportes, entre outros (PAIM, 2004).

É dever de todos, preservar o idoso de maus tratos, violência, atos desumanos, e constrangedor. Quanto à alimentação, quando este ou sua família não prover de condições econômicas, é dever do Poder Público, a nível social, o provimento do alimento. (PAIM, 2004).

O idoso e sua família desconhecem muitos dos seus direitos, por isso muitas vezes não buscam recursos. É vedado aos planos de saúde cobrar valores excessivos em condição da idade, e ao tratamento de doenças, cabe ao poder público arcar com despesas, como medicamentos, órteses, próteses, todo o tratamento de reabilitação (PAIM, 2004).

É de responsabilidade do profissional de saúde, avaliar a necessidade de acompanhante para o idoso, caso se faça necessário é o profissional quem faz essa autorização por escrito. Toda a pessoa idosa tem direito de acompanhante. E caso esteja em boas condições mentais é esse idoso quem decide o seu tratamento (PAIM, 2004).

2.8.3 Vacinação

O causador da gripe é o vírus RNA *Myxovirus Influenza*, da família Orthomyxoviridae, isolado em 1933 pela primeira vez, tendo três classificações imunológicas: A, B e C, sendo a A o mais preocupante, pois no século XX foi o responsável por três importantes epidemias, devido as suas mutações antigênicas. Nas pandemias todos podem ser acometidos pela gripe, mas a população idosa é a que mais está susceptível a ela (DIP; CABRERA, 2008).

As campanhas de vacinação no Brasil completaram 10 anos em 2008, mas ainda é grande o número de idosos que negam a vacina, acreditam que a doença é inofensiva, porém dados encontrados nos Estado Unidos apontam cerca de 50 mil óbitos foram atribuídos a gripe e desses, 90 % são idosos (DIP; CABRERA, 2008).

A imunização não somente previne a gripe, mas também está disponível na rede pública para portadores de outras doenças, como indicação na tabela.

Segundo Dip e Cabrera (2008):

Quadro 1 - Indicações para a vacina contra a gripe no Brasil

Cardiopatia crônica grave Nefropatia crônica DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Diabete insulino-dependente Cirrose hepática Hemoglobinopatia Imunocomprometimento Portador de HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana População indígena Presidiários Profissionais de saúde Pacientes transplantados e familiares que estejam em contacto
--

Fonte: Adaptado de Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso (2007 apud DIP; CABRERA 2008, p.82).

Nos indivíduos vacinados existe uma redução da mortalidade, e uma diminuição de internação por gripe e pneumonia. Aqueles que tomaram mais de uma vez a vacina também tiveram uma redução no número de mortalidade, de 9% na primeira vez, para 75 % nas outras doses (DIP; CABRERA, 2008).

Para Dip e Cabrera (2008), com as características típicas da velhice os idosos apresentam pouca eficácia vacinal, o sistema imunológico se torna lento, sendo mais propensas as infecções, e mais vulneráveis as complicações da vacina, mas por outro lado, a terceira idade é a classe mais indicada para a imunização por

serem os mais beneficiados. Muitos são os motivos que os idosos usam para a não-adesão a vacina, como o medo das reações adversas, alegam estarem com boa saúde, o médico não prescreve. Apesar da vacina não necessitar de prescrição é de fundamental importância que o médico oriente o idoso, assim como a equipe de saúde deve incentivar essa população na adesão da vacina, retirando os mitos e mostrando a importância e os benefícios da vacinação.

2.9 EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

O envelhecimento populacional é uma conquista social, significa desenvolvimento econômico e representa contribuição para a sociedade e a família. A porta de entrada para a atenção a saúde do idoso é a atenção básica/saúde da família da pessoa idosa, segundo a política nacional. Sendo assim, cabe ao enfermeiro o papel de relacionar os fatores que influenciam o andamento da saúde da família, como, a classe social, a cultura, a família e o profissional (BRASIL, 2006).

Ao profissional cabe a responsabilidade de fazer essa interação entre a atenção básica e o sistema de referência, facilitando o acesso dos idosos aos diversos tipos de serviços, de acordo com cada complexidade (ROCHA et al., 2011)

Existem indicadores que devem ser observados, tem crescido o número de idosos com doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), os profissionais da saúde não estão preparados para atuar nesse campo, não existe uma atenção à sexualidade do idoso, é ignorado, e com isso não tem sido feitas intervenções a esse agravo, além de ocasionar um diagnóstico tardio (CIOSAK, et al., 2011).

Com relação à atividade sexual, há um grande risco em adquirir as doenças sexualmente transmissíveis, pois o que conclui Souza e outros (2009), é que os idosos em sua grande maioria não usam preservativos. A população em estudo precisa de uma atenção da equipe de saúde, nas ESF, tanto homens quanto mulheres, são pouco informados no que diz respeito à prevenção. Assim como as DST's, na velhice, estão mais propensos a câncer. São poucas as mulheres que procuram o serviço de saúde para a realização da coleta citopatológica oncológica, que é um indicador na constatação do câncer do colo do útero, também de igual modo, os homens não realizam o exame de próstata, o que consta que estão susceptíveis a câncer de próstata.

O cuidado em especial com a pessoa idosa, requer carinho, atenção, respeito, paciência, e essas ações é resgate da essência da enfermagem: o cuidado. Cuidar com cuidado, se difere, pois o cuidar requer uma ação dinâmica, reflexão, técnica, conhecimento científico, enquanto o cuidado é o zelo e responsabilidade. O cuidado está definido como a forma de se relacionar com o outro: ajudando e respeitando nos aspectos espiritual, mental, físico, psicológico e social, o que envolve princípios, ética e valores (ROCHA et al., 2011).

Quando a assistência a pessoa idosa prioriza respeito, ouvir as queixas, sem olhar as diferenças, com uma visão holística, então pode observar e estar atentas as necessidades do indivíduo. Essa é uma forma humanizada (ROCHA et al., 2011).

Na ESF o enfermeiro adquire vínculos com a população, mas são os idosos os que demandam maior atenção, por suas carências e dependências, por isso podemos observar a importância da visita domiciliar, e na maioria das vezes, o enfermeiro é bem recebido pelo idoso e sua família (ROCHA et al., 2011).

As equipes de saúde, ao entrar no domicílio dessas famílias, devem ter um olhar humanizado, pois esse lar é visto de uma forma diferente para a família, sendo um lugar de valores culturais e de considerações importantes, e isso deve ser analisado pelo profissional. O lar não é uma entidade oficial de saúde, por isso requer um atendimento individualizado (MARTINS et al., 2007).

O trabalho instrutivo em saúde visa preparar o indivíduo, a família e a sociedade para melhores condições de saúde, não é estático, e sim dinâmico, e requer de cada um sua participação, não é só impor as informações, mas é necessária a aceitação da população, sendo importante também a aceitação de novas atitudes diante dos transtornos de saúde. Não se trata de seguir regras, mas é fundamental o diálogo, a interrogação, o argumento, os questionamentos e a atitude compartilhada. Essas intervenções em educação podem propiciar várias modificações no hábito de vida do idoso, gerando conhecimento, e favorecendo uma inovação no ato do cuidar. O incentivo a educação em saúde gera uma expectativa de melhores oportunidades no dia a dia do ser cuidado e do cuidador, e com essas atitudes espera-se o surgimento de planejamentos mais efetivos na área de atuação da equipe de saúde (MARTINS et al., 2007).

Conforme Martins e outros (2007), a educação permanente deve ser parte prioritária na atuação do profissional em saúde, sendo incorporada no seu cotidiano, sendo um forte elo entre as UBS e o usuário. O profissional deve usar de ferramentas que facilitem sua atuação e a interpretação da população, usando de certos artifícios, como: capacitação para todos os profissionais da equipe, panfletos e cartilhas de fácil entendimento, propagandas em rádios, televisão, jornais, entre outros. Programas que incentivem a população a adquirir hábitos saudáveis.

Apesar de se conhecer a necessidade de educação em saúde, Rocha Júnior e outros (2011) constataram em seu estudo, que muitos cuidadores não aceitam participar dos programas de capacitação, tendo como motivos: a falta de outro cuidador para ficar com o idoso, a condução até o local da capacitação, o trabalho, ou pelo simples fato de não estarem interessados. Um total de 67% rejeitam.

2.10 CUIDADORES

O cuidador é qualquer indivíduo que vivencia o ato de cuidar, em diversas ocasiões da vida e com diferentes pessoas (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Conforme Nakatani e outros (2003) o cuidador formal é um profissional com capacitação em uma unidade de ensino para prestar cuidados segundo as necessidades do cliente em seu domicílio. Ainda segundo Scarpellini e outros (2011) os cuidadores formais são aqueles que realizam cuidados com direitos a gratificação, mas sem direitos decisórios, cabe a família delegar as funções ao cuidador, porém é um cuidador de extrema importância, pois é portador de conhecimentos e capacitado para tal atividade, sendo um auxiliar ou técnico em enfermagem, conhecendo partes fundamentais da patologia do idoso, e possuidor de orientações sobre saúde física e mental, o que facilita no bom andamento do cuidado e suas peculiaridades.

O cuidador informal é aquele que presta cuidado parcial ou total aos idosos com déficit de autocuidado, pode ser um integrante da família ou da comunidade. São indivíduos que terão como função a atenção adequada a essas pessoas e auxiliá-las, por isso é necessário que tenham conhecimento mínimo sobre envelhecimento e sejam alfabetizadas (NAKATANI et al., 2003).

O cuidador familiar é aquele que se dispõe, com o propósito de realizar os cuidados necessários ao enfermo, às vezes comprometendo sua própria saúde, e se expõe a riscos para o benefício do doente. Entende-se por cuidador familiar o indivíduo, que por vínculos parentais, assume o compromisso, pelo cuidado de um familiar doente e/ou dependente. O cuidador familiar nem sempre é da família, ou seja, não são do mesmo grupo sanguíneo. O conceito de família que antes era um conjunto de ascendentes, descendentes colaterais, compostos pelo pai, mãe e filhos, hoje não se classifica família pelos laços sanguíneos e sim como a união de duas pessoas vinda de famílias diferentes, unidas por laços afetivos, de forma organizada, com direitos e responsabilidades (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Quando este cuidado é informal, ou seja, da família, exige uma série de observações, pois na família existia uma estrutura, onde o idoso fazia parte dela, mas agora com esse indivíduo doente toda a estrutura foi desfeita, além de uma parte desse alicerce ser removido para o cuidado, não assumindo o papel de antes. Esse fenômeno gera uma desorganização e desencadeia crises familiares, sendo necessária uma reorganização na sustentação desses papéis (SCARPELLINI et al., 2011).

É necessário conhecer o perfil dos cuidadores informais nas diferentes áreas geográficas, muitos estão despreparados, sendo uma realidade de difícil solução. Diversos aspectos, como: condições econômicas, culturais e sociais, devem ser levados em consideração. Na maioria das situações, o idoso é cuidado pelos próprios familiares, em muitos casos, quem cuida do idoso é o próprio idoso, e na grande maioria são do sexo feminino, e com outras funções no lar, o que torna uma tarefa árdua e desgastante, necessitando de uma atenção redobrada das ESF (NAKATANI et al., 2003).

Muitas vezes é necessária a intervenção do enfermeiro da ESF, em solucionar situações de conflitos, onde a família está sobrecarregada, e casos em que não aceitam a realidade da doença. Casos em que o cuidador entra em conflito com o cliente também são comuns. É preciso que o profissional de saúde esteja atento ao cuidador, pois mesmo que existam outros cuidadores, a responsabilidade com esse idoso está direcionada para uma pessoa específica, que toma para si todas as responsabilidades com o cliente, com toda a organização doméstica, além das

despesas. Esse cuidador precisa de apoio emocional (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

2.10.1 Cuidadores domiciliares – LEGISLAÇÃO

A Política Nacional do Idoso, através da Lei 8842/1994, preconizou o preparo de recursos humanos, entre eles, os cuidadores. Sendo, elaborado pela Secretaria de Assistência Social (MPAS) em 2008, um “Manual de Cuidadores”, e posteriormente, três profissionais da equipe de saúde em todo o território nacional foram treinados, e esses capacitariam a multiprofissional local ou regional (NAKATANI, 2003)

O Guia do Cuidador, contém informações pertinentes para orientar o cuidador em tarefas que fazem parte da rotina do seu dia a dia. Questões como a higiene, mudança de posição no leito, mobilização, cuidados com medicação, com quedas, entre outros (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

A perspectiva populacional é abordada de uma forma global, mas é importante abordar o idoso de uma forma individual, cada indivíduo tem sua especificidade, cada um envelhece de forma diferente, viver é gastar energia. O Enfermeiro tem papel importante na qualidade desse envelhecimento, deve conhecer as limitações do idoso, e é um compromisso da saúde pública proporcionar a essa classe o alívio da dor, afastando o sofrimento e a morte, tendo como objetivo das instituições da área da saúde trabalhar para capacitar a autonomia do cliente (BRÊTAS, 2003).

A manutenção do autocuidado é uma condição primordial para um envelhecimento saudável, quem cuida da pessoa idosa não pode tirar dele sua autonomia, deve incentivá-lo a fazer suas atividades, que se esforce, para que ele não venha se sentir inútil, nem incapaz. O principal cuidador do idoso deve ser ele mesmo (BRÊTAS, 2003).

Estudos nacionais e internacionais têm revelado que o cuidado realizado pelo cuidador familiar em domicílio é complexo, pois gera sobrecarga física, psicológica e isolamento social; falta de apoio institucional e da família, dificuldade com o ambiente/infraestrutura para realizar o cuidado e dificuldade financeira (FLORIANO et al., 2012, p.544).

O cuidador domiciliar precisa conhecimentos que possam auxiliá-lo no cuidar, para que possa prestar uma assistência com segurança. Antes de o cliente sair de alta, o enfermeiro deve orientar o cuidador sobre os aparelhos de uso do cliente, ensinar

algumas avaliações sobre a piora do quadro clínico do cliente, entre outros. São fatores importantes a serem considerados (NAKATANI et al., 2003).

2.10.2 Um olhar voltado para o cuidador informal

O cuidador é na grande maioria aquele membro da família que não escolheu para ser o “ser cuidador”, ninguém lhe pediu, nem lhe perguntou nada, foi uma mera coincidência. Ele simplesmente está fazendo aquilo que se esperava dele, cuidar de quem cuidou dele, um recíproca. Mas quando esse cuidado permanece por muito tempo, se torna uma sobrecarga, tanto física, como psicológica e emocional. O cuidador assume esse papel sem ter sido preparado, sem saber como, sem recursos, e isso exige muito dele (MAFRA, 2011).

Existe uma forte probabilidade que ocorra no meio da família uma desorganização, desestruturação, e conseqüentemente muitos conflitos, gerando sentimentos negativos para todas as partes compreendidas. Incluindo também o fato de que o cuidador está desprovido de conhecimentos relacionados ao cuidar, sem capacidade alguma, despreparo emocional, não sabendo a quem recorrer. Como e onde buscar apoio, quer seja emocional ou na religião, e como enfrentar desafios e acontecimentos que para ele ainda é novo (MAFRA, 2011).

As situações enfrentadas pelo cuidador são conhecidas pelas políticas públicas, pelos programas de saúde, mas são vistas com indiferença, pois o cuidador deveria receber atenção, pois com as tarefas realizadas com o idoso ele acaba por se sentir desgastado, estressado, e por conseqüência se tornando necessitado de cuidados, afetando sua condição de vida (MAFRA, 2011).

Para Mafra (2011), novas problemáticas surgiram para um cenário de abandono ao idoso, pois cada dia tem aumentado o número de divórcios, o que conseqüentemente o idoso não terá um companheiro (a) para estar ao seu lado na velhice, assim como o mercado de trabalho, que levam os filhos para longe dos pais, em empresas distantes da sua cidade, dificultando o cuidado, que como mencionando nesse estudo, são os filhos os maiores cuidadores, e sem deixar de mencionar a inserção da mulher cada dia mais no mercado de trabalho, distanciando as mulheres do cuidado, e as tais são as maiores referências nessa tarefa de cuidadora. Esses fatores acabam por contribuir para que a família opte por

institucionalizar esse idoso, por não conseguirem elaborar planos de cuidado para o familiar idoso em seus domicílios.

O cuidador encontra dificuldades em enfrentar situações difíceis, por isso é imprescindível às orientações dos profissionais. A interação com grupos também pode ajudar muito, pois as experiências vividas por outra família pode enriquecer o conhecimento relacionado ao cuidado, além de proporcionar momentos de reflexão (ROCHA JÚNIOR, et al., 2011).

No estudo de Souza e outros (2006), eles observam o interesse que os cuidadores têm em conhecer sobre a patologia e os medicamentos usados pelo membro da família, e esperam que essas informações sejam dadas pelos profissionais durante as visitas domiciliares. Essas ações proporcionam ao idoso e sua família mais dignidade e qualidade.

Nos países desenvolvidos, onde se prepararam para o envelhecimento, pois o envelhecimento chegou de forma mais lenta, sendo possível melhor intervenção, como também é citado por Areosa S. e Areosa A. (2008). Nesses países também é incentivado o cuidado ao idoso em seu domicílio, mas o que diferencia é o reconhecimento das necessidades dessa pessoa cuidadora, por isso existem políticas que estão voltadas para a diminuição da sobrecarga do cuidador, com um novo modelo, onde existe um profissional que vai até a residência dessa população e reveza com o cuidador, e dele é tirado o peso de estar 24 horas no cuidado, podendo ficar algum tempo livre para realizar outras tarefas, ou até mesmo descansar (KARSCH, 2003).

Ainda em alguns países existem o serviço comida sobre rodas, que eles preparam e levam as refeições até os domicílios onde existem esses indivíduos dependentes, minimizando o trabalho dos cuidadores, que não mais precisam cozinhar todos os dias (KARSCH, 2003).

2.10.3 Exemplo da atuação do enfermeiro

Em um estudo realizado por Silva, Galera e Moreno (2007), expressam um momento importante na atuação integral da equipe de saúde, em especial a do enfermeiro, onde foi colocada em prática a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Nessa abordagem foi colhido um histórico de toda a família.

No princípio, a filha chegava à UBS referindo que necessitava de atenção da equipe com relação à saúde de sua mãe, que era portadora de doença renal e esquizofrenia, e quando iam até o domicílio concluíam que estavam tudo bem, pois os exames eram feitos e a doença estava estável, não havia nada a ser feito em favor da paciente (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

Então nesse estudo resolveram fazer reuniões com a família sem a presença da paciente, e logo de início foi observado que a filha cuidava sozinha de sua mãe, estava sobrecarregada, não podia ter um emprego fixo, mas necessitava do dinheiro para seu sustento, além de ter que cuidar de dois filhos. Seu pai era alcoólatra e hipertenso, e chegava tarde em casa, mas se sentia feliz por poder ajudar na casa com o dinheiro da aposentadoria. O marido da cuidadora sempre ouvia som auto e isso incomodava o seu sogro. Esta é um tipo de família nuclear, onde há um provedor, onde a figura masculina é o chefe da família, juntamente com uma mistura de gerações (as crianças e os avós) (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

Para os autores acima, o fato de ajudar a família trazia prazer ao pai, pois ele também era idoso, e essa é uma característica dos idosos, se sentirem úteis. E era triste sentir que não tinha o respeito do seu genro, e o genro encarava seu sogro como enjoado, o que gerava na cuidadora sentimento negativo, por não haver diálogo entre sua família. Em seus relatos cuidar da mãe era prazeroso, pois sua mãe cuidou dela com tanto carinho e agora era a vez dela retribuir, e isso já é um ponto que facilita no desenlace do problema. A mãe faz hemodiálise, e só sai de casa nesse momento, mas a família acredita ser desnecessário já que não tem possibilidade de cura, e a doença esta em fase bem adiantada. Mas para a filha é difícil conviver com o problema do pai, no abuso com a bebida, a dependência da mãe e ainda tem que estar preparada para a perda da mãe.

Depois de alguns encontros o diálogo entre o sogro e o genro se tornou mais fácil, a cuidadora conseguiu arrumar um emprego de diarista, e o pai foi conscientizado de seu vício, além de receberem informações sobre o problema mental da mãe (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

Esse estudo foi relevante para Silva, Galera e Moreno (2007), pois constataram que o olhar voltado não só para a doença, mas para todo o núcleo familiar, com diálogo, ouvindo suas queixas, trouxe segurança e confiança da família, e através da comunicação participativa, proporcionou condições para a intervenção no grupo

familiar, trazendo progresso na qualidade de vida. Somente através dessa interação o enfermeiro consegue realizar suas funções juntamente com sua equipe, de forma complexa e fundamentada em evidências. Essas ações são as que se esperam do enfermeiro, pois as famílias que estão em sua responsabilidade almejam ser fortalecidas e ter o suporte das UBS.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da expectativa de vida, cada dia tem aumentado o número de idosos no mundo, e o Brasil tem sofrido com esse acréscimo, pois não está preparado para uma demanda tão grande.

O processo de envelhecimento deve ser visto como um processo natural na vida do idoso, mas a falta de conhecimento sobre esta etapa da vida faz com que atitudes erradas sejam tomadas pelo cuidador. Acreditando que o idoso está doente, acaba por tirar a independência e autonomia do idoso. O idoso sente-se inútil e excluído, limitando-se no seu lar, e conseqüentemente não deambulando, não interagindo com a sociedade, acaba por adquirir limitações e surgirem patologias, entre elas a depressão. O que antes era um processo da senescência se torna patológico.

O enfermeiro é um profissional de extrema importância no gerenciamento das ações prestadas ao idoso e sua família, por isso deve estar em constante contato com a família nos seus domicílios.

O cuidador, com o tempo é tomado por um grande desgaste físico; muitas vezes o cuidador deixou de trabalhar fora, ficando com a situação financeira prejudicada, ou então são cuidadores que cuidam do lar e do idoso, mesmo que outros ajudem, ele é o responsável pelo cuidado, e conseqüentemente acabam ficando longe da sociedade e adoecem com tantas funções sobre ele, acabando negligenciando o cuidado por não terem mais condições, e isso não é observado pela família, nem tampouco pelos profissionais.

É essencial que as equipes estejam atentas aos cuidadores, visando a necessidade de educação em saúde para o cuidador domiciliar, a fim de realizar a função com responsabilidade e conhecimento; sendo necessária uma sistematização da assistência com profissionais qualificados, tendo como objetivo não só de curar doenças, mas com o foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos.

A educação deve ser permanente, observando os resultados e sempre fazendo modificações que possam garantir melhor qualidade de vida ao idoso e a família.

REFERÊNCIAS

- ALVES JUNIOR, E. de D.; PAULA, F. de L. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde, **Fit Perf J**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 2, p. 123-129, mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://fpjournal.org.br/painel/arquivos/579-10%20Prevencao%20de%20quedas%20Rev%202%202008.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.
- ARAÚJO, L. F. de; CARVALHO, V. A. M. de L. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice, **Rev. de humanidades**, Paraíba, UFP, vol. 6, n.13, p. 1-9, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/pdf/mneme13/135.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.
- AREOSA, S. V. C.; AREOSA, A. L. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. **Rev. Textos e Contextos**, Porto Alegre, vol. 7, n. 1, p. 138-150, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/3943/3207>>. Acesso em: 05 maio 2014.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde pública**, Florianópolis, vol. 42, n. 2, p. 302 - 307, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6482.pdf>>. Acesso em 05 abr. 2014.
- BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, Santa Catarina, vol.16, n.1, p.57- 68, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.
- BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar, **Cogitare Enferm.**, Curitiba, vol. 13, n. 1, p. 118-123, Jan./Mar., 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11972/8443>>. Acesso em: 28 out. 2013.
- BORGES, Márcio. Os déficits de visão e de audição. **Cuidar de idosos**, [s.l.], 2012. Disponível em: <<http://www.cuidardeidosos.com.br/os-deficits-de-visao-e-audicao/>>. Acesso em: 18 nov. 2013..
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, p.1-192, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 16 out. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 4, 4ª ed., 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 12, Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume12.pdf>. Acesso em 26 nov. 2013.

BRÊTAS, A. C. P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, vol. 56, n. 3, p. 298-301, mai./jun., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a16v56n3.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

BRITTAR, Cléria; LIMA, Lara C. V. de. O impacto das atividades em grupos como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, p. 101-118, set. 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10053>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p. 773-781, mai./jun., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2014.

CAMACHO, A. C. L.F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev. Latino - am Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 2, p. 229 - 233, mar./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10519>>. Acesso em: 31 maio 2014.

CAMPO, M. T. de S.; MONTEIRO, J. B. R., ORNELAS, A. P. de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol. 13, n. 3, p. 157- 165, set./dez., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n3/7902.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2014.

CANCELA, Diana M. G. **O processo do envelhecimento**. O portal dos psicólogos, Portugal, p. 1-15, mai. 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senelidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Esc Enferm. USP**, São Paulo, vol. 45, n. 2, p. 1763 - 1768, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>>. Acesso em: 30 maro 2014.

CLEMENTE, A. S.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 3, p. 555-564, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/15.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M.. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Belo Horizonte, vol. 12, n. 4, p. 189 - 201, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

COUTINHO, Érika B. et al. **A importância da inter-relação entre as alterações senescentes de marcha e postura e a incidência de quedas**, Vale do Paraíba, p. 1 - 6, [20- -]. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosEPG/EPG00632_01_A.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. de O. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual à uma proposta de conteúdo programático. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, vol. 33, n. 4, p. 370 - 376, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n4/v33n4a08.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2014.

DIP, R. M. e CABRERA, M. A. S. Vacinação contra a gripe como estratégia de promoção de saúde em idosos, **Geriatrics e Gerontologia**, Londrina, vol. 2, n. 2, p. 81-85, 2008. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume2-numero2/artigo08.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

ERGONOMIA com base em acidentes domésticos no lar. [**trabalhos feitos**], [S.l.:s.n.], 2012. Disponível em: <<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Ergonomia-Com-Base-Em-Acidentes-Dom%C3%A9sticos/545708.html>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO (ES), Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes de saúde da pessoa idosa**: 1ª edição, Espírito Santo, p. 9 - 11, 2008. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/34700_SAUDE_IDOSO_MIOLO.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2014.

FALLER, J.W. e MARCON, S. S. Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias, **Esc Anna Nery**, Maringá, vol. 17, n. 3, p. 512-519, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0512.pdf>. Acesso em 11 abr. 2014.

FLORES, et al. Cuidados intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, vol. 31, n. 3, p. 467-474, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a09.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

FLORIANO L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, vol. 21, n. 3, p. 543 - 548, jun./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08>>. Acesso em: 30 nov. 2013

FONSECA, et al. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde - doença. **Cien. e Saúde Coletiva**, Porto Alegre, vol. 13, n. 4, p. 1275 - 1284, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n4/24.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2014.

FREITAS, M. C. de; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. de . O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Fortaleza, vol. 44, n. 2, p. 407 - 412, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico, **Hist. cienc. Saúde**, Manguinhos, vol. 9, n. 1, p. 61- 68, jan./abr.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a04v9n1.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p. 861- 866, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2014.

LIMA, F. E. T.; LOPES, M. V. de; ARAÚJO, T. L. de. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, vol. 3, n. 1, p. 63 -69, jan./jun., 2001. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4943>>. Acesso em 26 maio 2014.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 2, p. 353-363, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a15>>. Acesso em: 12 maio 2014.

MARTINS, J. de J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, vol. 16, n. 2, p. 254 - 262, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

MEIRA, E. C.; GONÇALVES, L. H. T.; XAVIER, J. de O. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. **Cienc. Cuid. Saude**, Jequié - BA, vol. 6, n. 2, p. 171-180, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4148>>. Acesso em: 16 mai. 2014.

MORAES, E. N. de. **Atenção à saúde do idoso**: Aspectos Conceituais, 1ª edição, Brasília – DF, p. 1 - 34, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em 02 jun. 2014.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, vol. 5, n. 1 p. 15 - 20, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/773/863>>. Acesso em 13 nov. 2013.

NUNES, L. M.; PORTELLA, M. R. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, vol. 17, n. 02, jul./dez. 2003. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_14idosoFragilizado.pdf>. Acesso em: 31 maio 2014..

OLIVEIRA, et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev Latino - am Enferm.**, Fortaleza, vol. 10, n. 4, p. 530 - 536, jul./ago. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1688/0>>. Acesso em: 26 mai. 2014.

OLIVEIRA, J. C. A. de; TAVARES, D. M. dos S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm. USP**, Uberaba, vol. 44, n. 3, p. 774 - 781, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>>. Acesso em 08 maio 2014.

OLIVEIRA, L. P. B. de; MENEZES, R. M. P. de. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, vo. 20, n. 2, p. 301- 309, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a12v20n2>>. Acesso em: 09 maio 2014.

PAIM, Paulo. **Estatuto do idoso**: LEI Nº 10.741, de 10 de outubro de 2003, Brasília, 2004, Disponível em: <<http://www.sejel.sp.gov.br/sejel/estatutos/estatutoDoldoso.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

PEREIRA et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr.**, Teixeira - MG, vol. 28, n.1, p. 27-38, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a05.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

PIMENTA, G. M. F. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Rev. esc. enferm. USP**, Região do Porto - Portugal, vol.43, n.3, p. 609-614, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a16v43n3.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2014.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Auto - eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice, **psico-USF**, Uberlândia, vol. 12, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a09.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

REYS, B. N. dos et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve, **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Copacabana, vol. 52, n. 6, p. 401-404, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n6/a18v52n6.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

ROCHA, F. C.V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 2, p. 186-191, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

ROCHA JÚNIOR, P. R. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciê. e Saú. Coletiva**, Botucatu, vol. 16, n. 7, p. 3131 - 3138, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/13.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2014.

SANTANA, V. de A. **Avaliação dos possíveis fatores de risco para quedas em domicílios de idosos**. 2007, 57 f. Dissertação (Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde) - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2007. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=344>. Acesso em 30 maio 2014.

SANTOS, S. S. C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogerátrica. **Acta Paul Enferm**, FURG – Rio Grande, vol. 21, n. 4, p. 649 - 653, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a18v21n4.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2014.

SANTOS, J. de S. et al. Características posturais de idosos, **Congresso internacional de envelhecimento humano**, Campina Grande - PB, [s.n.], 13 a 15 jun. 2013. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_846_058c58e44d5427c314c87eaae059d1d1.pdf>. Acesso em 10 abr. 2014.

SÃO PAULO, **Estratégia Saúde da Família**, São Paulo, atenção básica, [201-]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783>. Acesso em: 16 nov. 2013.

SCARPELLINI, M. et al. A importância do cuidador de idosos na assistência ao idoso. **Rev. Contexto e saúde**, Ijuí, vol. 10, n. 20, p. 85 - 92, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1506/1267>>. Acesso em: 15 maio 2014.

SCASUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. **Rev. Saúde pública**, Botucatu, vol. 36 n. 6, p. 773 - 778, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n6/13535.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

SILVA, M. J. de et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. **Acta Paul Enferm**. Fortaleza, vol. 19, n. 2, p. 201- 206, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023806012>>. Acesso em: 05 maio 2014.

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paul. Enferm.**, Botucatu, vol. 20, n.4, p. 397-403, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/01.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, vol.15, n.1, p.155 - 168, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n1/09.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

SILVA, Alexandre et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol.17, n. 8, p. 2181 - 2190, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n8/28.pdf>>. Acesso em: 31 fev. 2014.

SIQUEIRA, Fernando V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, vol. 41, n. 5, p. 749 - 756, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2014.

SOUSA, M. da G. C. de. **O sentido da audição e as dificuldades auditivas atribuídas por um grupo de idosos**. Dissertação (Mestrado em fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, p. 1 - 103, 2007. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/16/TDE-2007-12-26T13:11:42Z-4622/Publico/Maria%20da%20Gloria%20Canto%20de%20Sousa.pdf>. Acesso em: 31 maio 2014.

SOUZA, W. G. A. de et al. . Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto familiar. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, vol. 35, n. 4, p. 56 - 63, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2014.

SOUZA, J. R. de; ZAGONEL, I. P. S.; MAFTUM, M. A. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a Teoria Transcultural de Leininger. **Rev. RENE.**, Fortaleza, vol. 8, n. 3, p. 117-125, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/680/pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

SOUZA, M. de et al. Perfil do idoso atendido pela equipe de Saúde da família no município de Ariquemes - RO, **saúde coletiva**, Ariquemes- RO, vol. 7, n. 33, p. 2007 - 2011, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84212107004.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SOUZA, A. dos S.; MENEZES, M. do R. de. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Jequié - BA, vol. 12, n. 1, p. 87 - 102, 2009. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_7.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

TAVARES, D. M. dos S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciênc. e saúde coletiva**, Uberaba, vol. 12, n. 5, p. 1341 - 1352, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n5/26.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2014.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar, **Rev Bras Enferm.**, [s.l.], vol. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a11v58n4.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n.3, p. 849 - 853, mai./jun., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15888.pdf>>. Acesso em 27 mar. 2014.