



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFGA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

SANDRA HELENA ISSE POLARO

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO
USUÁRIO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Florianópolis/SC
2011**

SANDRA HELENA ISSE POLARO

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO
USUÁRIO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Florianópolis/SC
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

P762g Polaro, Sandra Helena Isse
Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na
estratégia saúde da família [tese] / Sandra Helena Isse Polaro
; orientadora, Lúcia Hisako Takase Gonçalves. - Florianópolis,
SC, 2011.

160 p.: il., tabs., mapas

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Inclui referências

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Enfermagem.
3. Enfermeira e paciente. 4. Idosos - Família. I. Gonçalves,
Lúcia H. Takase - (Lúcia Hisako Takase). II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

SANDRA HELENA ISSE POLARO

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO
USUÁRIO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do Título de:

DOCTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 15 de fevereiro de 2011, atendendo as
normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração:
Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dr^a. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Presidente - UFSC

Dr^a. Célia Pereira Caldas
Membro – UERJ

Dr^a. Márcia Maria Bragança Lopes
Membro - UFPA

Dr^a. Angela Maria Alvarez
Membro – UFSC

Dr^a. Silvia Maria A. dos Santos
Membro - UFSC

Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro Suplente – UFSC

*Ao meu pai, **Fidelis de Meireles Polaro**
(in memoriam), um exemplo de homem
com admiração, amor e carinho.
Saudades.*

*À minha mãe, **Helena Isse Polaro**,
presença constante em minha vida,
mesmo com saudades, entendeu que
minhas ausências eram necessárias.*

*À minha **família** que tanto amo, suportou
e me ajudou a suportar o meu necessário
afastamento.*

AGRADECIMENTOS

À *Deus e a Nossa Senhora de Nazaré*, por estarem sempre comigo e terem permitido realizar este sonho.

Para realizar este sonho foi necessária a colaboração de muitas pessoas:

- ✓ Minha mãe e amiga *Helena*, grande mulher, pelo amor, compreensão, carinho e orações.
- ✓ À minha família, residente em Belém, em especial a minha mana **Fafá** e meu cunhado **Canêjo**, pelo apoio, confiança, parceria e torcida.
- ✓ À minha família, residente em **de João Pessoa**, pelo apoio, confiança, parceria e torcida, mesmo distante.
- ✓ Minha orientadora Professora *Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves*, mestra das mestras, que com toda sua sabedoria e inteligência me ensinou a construir um trabalho acadêmico. Por ter encaminhado com paciência, carinho e competência todo o processo, não tolhendo em nenhum momento minha escolha.
- ✓ Professora *Dra. Angela Maria Alvarez*, com toda sua bondade abriu espaço em sua agenda, para com sua sabedoria e didática conduzir meus primeiros passos no processo de análise de dados qualitativos, substituindo a orientadora no período de sua viagem de estudos no Exterior.
- ✓ As colegas do DINTER **Márcia, Roseneide, Jacira e Ana Sofia**. Pela paciência, companheirismo, apoio e cuidado para comigo.
- ✓ As professoras do PEN/UFSC *Vânia, Lúcia, Rosângela, Marta, Kenya, Denise Pires, Denise Guerreiro e Maria de Lourdes*. Pelo apoio, cuidado e ajuda que me deram quando mais precisei. Incansáveis.
- ✓ Aos professores do *DINTER/UFPA/UFSC* que direta ou indiretamente contribuíram para a efetivação deste estudo.
- ✓ Professora **Dra Elisa da Silva Feitosa**, que compartilhou comigo os primeiros passos e desafios de minha atuação junto ao idoso e pela sua disponibilidade acolhedora e

contributiva para comigo, na construção deste importante capítulo da minha história de vida pessoal e profissional/acadêmica.

- ✓ Aos membros da **banca examinadora** por terem aceito analisar, avaliar e discutir comigo a presente tese de Doutorado.
- ✓ A **Universidade Federal do Pará**, na Pessoa do Professor *Dr Alex Fiusa de Melo*, enquanto Reitor acreditou e investiu no grupo de professores da Faculdade de Enfermagem.
- ✓ As colegas **enfermeiras** da Secretaria Municipal de Saúde, que atuam na ESF, sujeitos desta pesquisa, pela colaboração e terem aceitado participar do estudo.
- ✓ À **CAPES**, por ter viabilizado a concretização do Doutorado Interinstitucional.
- ✓ À amiga Lia Rosa Leal, pela paciência, eficiência e cuidado com que reviu a redação dessa Tese.
- ✓ Ao Carlos Alberto Leal da Costa, pelo primoroso trabalho da revisão bibliográfica e da formatação dessa tese.

A todos, que de alguma forma, participaram da elaboração de minha tese, meus agradecimentos!

Assim, percebeis que, longe de ser passiva e inerte, a velhice é sempre atarefada, fervilhante, ocupada em atividades relacionadas com o passado e os gostos de cada um. E certos velhos, em vez de se reprimirem, continuam mesmo a estudar coisas novas.

(Cícero)

POLARO, Sandra Helena Isse. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo conhecer e analisar a percepção das enfermeiras de unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Administrativo DAGUA, Belém-PA, sobre o contexto de atuação, as condições de trabalho e os conhecimentos técnico-científicos que possibilitam, ou não, atender as necessidades de vida e saúde do idoso em âmbito familiar e comunitário. O suporte conceitual que sustentou a tese foi o paradigma atual da promoção da saúde, os preceitos do SUS, as bases da enfermagem gerontológica e o processo de trabalho em enfermagem e saúde. Os dados para o estudo, de abordagem descritivo-qualitativa, foram obtidos por meio da técnica de entrevista aberta orientada por um conjunto de perguntas disparadoras e incitadoras de respostas para a questão de pesquisa. Participaram do estudo quatorze enfermeiras que desenvolvem suas atividades nas unidades de ESF. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, resultando na construção de um quadro conceitual e cujo tema central foi nominado: Gerenciando o cuidado de enfermagem ao idoso na unidade de ESF. Três temas circundantes concorreram para a emergência do tema central, a saber: Construindo o fazer gerontológico, Gerenciando problemas e Desafiando a violência. As enfermeiras da ESF, mesmo em circunstâncias adversas, por inexistência ou precária capacitação em enfermagem gerontológica, de barreiras e problemas presentes no processo de trabalho na ESF e no SUS como um todo, de convivência com a violência na área adstrita de sua atuação com ameaça cotidiana de segurança pessoal dos membros da equipe e dos usuários idosos e suas famílias, as enfermeiras da ESF encontravam, em seu cotidiano, um modo próprio e pessoal de gerenciar os cuidados dos usuários idosos e suas famílias. Os resultados confirmam a tese de que a atenção das enfermeiras de ESF ao usuário idoso e família apresenta fragilidades relativas à capacitação técnico-científica específica associadas a problemas contextuais, políticos e gerenciais do SUS, que dificultam a prática do cuidar e influem na qualidade da atenção prestada.

Palavras-chave: Enfermeira; Idoso; Família; Programa Saúde da Família; Enfermagem gerontológica.

POLAR, Sandra Helena Isse. **Managing nursing care to the elder in the Family Health Strategy**. 2011. 160f. Theses (Doctor in Nursing) - Postgraduate Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ABSTRACT

This research aimed to understand and analyze nurses' perceptions of units from the Family Health Program (FHP) at the Administrative District of DAGUA, in Belém, Pará, Brazil, about the working context, working conditions and technical-scientific knowledge allowing, or not, to meet the needs of life and health from the elder in the family and community environments. The conceptual support that sustained the thesis was the current paradigm from health promotion, SUS precepts, the gerontological nursing foundations and the working process on nursing and health. Data to the qualitative approach study have been obtained through open interview technique and guided by a set of questions that triggered responses to the research topic. The study included fourteen nurses who develop their activities at the FHP units. Data have been analyzed through the content analysis technique, by Bardin. It resulted in the construction of a conceptual framework whose main theme was nominated: Managing the nursing care to the elder at the FHP. Three surrounding themes contributed to the emergence of the central theme, namely: Building the gerontological action, Managing problems, Challenging with violence. FHP nurses, even in adverse circumstances due to lack or poor training on gerontological nursing, barriers and problems related to the working process at the FHP and SUS (Health Care System) behalf as a whole, living with violence in the area of their performance that constantly threat their personal safety, along with the elder and their families, used to find, on daily basis, their own personal way to manage care to the elder and their families. The results confirm the thesis that FHP nurses, who care for the elder and their families, shows weaknesses concerning the technical-scientific barriers associated with specific, contextual, political and management problems related to the SUS, which hinder the practice of care and influence its quality in a negative manner

Key words: Nurse; Elderly; Family; Family Health Program; Gerontological nursing.

POLAR, Sandra Helena Isse. **Gerenciando el cuidado de la enfermería para el anciano con la Estrategia de Salud para la Familia.** 2011. 160f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Curso de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo conocer y analizar la percepción de las enfermeras de las unidades de Programa de la Salud de la Familia (PSF), del Distrito Administrativo DAGUA, Belém-PA, sobre el contexto de actuación, las condiciones de trabajo y los conocimientos técnico-científicos que posibilitan, o no, atender las necesidades de vida y salud del anciano en el ámbito familiar y comunitario. El soporte conceptual que sustentó la tesis fue el paradigma actual de la promoción de la salud, los preceptos del SUS, las bases de la enfermería gerontológica y el proceso de trabajo en enfermería y salud. Los datos para el estudio, de abordaje cualitativo, fueron obtenidos por medio de la técnica de entrevista abierta, orientada por un conjunto de preguntas disparadoras e incitadoras de respuestas para la cuestión de la investigación. Participaron del estudio catorce enfermeras que desarrollan sus actividades en las unidades de la PSF. Los datos fueron analizados por medio de la técnica de análisis del contenido de Bardin, resultando en la construcción de un cuadro conceptual cuyo tema central fue denominado: Gerenciando el cuidado de la enfermería para el anciano en la unidad de PSF. Tres temas circundantes coincidieron para que aparezca el tema central, a saber: Construyendo el quehacer gerontológico, Gerenciando problemas, Desafiando a la violencia. Las enfermeras del PSF, aun en circunstancias adversas, por inexistencia o precaria capacitación en la enfermería gerontológica, de barreras y problemas presentes en el proceso de trabajo en el PSF y en el SUS (Sistema Unico de Salud) como un todo, de convivencia con la violencia en el área relacionada con su actuación, con la amenaza cotidiana a la seguridad personal de los miembros del equipo, de los ancianos y sus familias; las enfermeras del PSF encontraban, en su día a día, un modo propio y personal de gerenciar los cuidados de los ancianos y sus familias. Los resultados confirman la tesis de que la atención de las enfermeras del PSF para el anciano y su familia presenta fragilidades relativas a la capacitación técnico-científica específica, que están asociadas a las barreras y los problemas contextuales, políticos y gerenciales del SUS, los cuales dificultan la práctica del cuidado e influyen en la cualidad de la atención prestada.

Palabras clave: Enfermera; Anciano; Familia; Programa de la Salud para la Familia; Enfermería gerontológica..

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1: Mapa do Município de Belém, PA – Brasil.....	45
Figura 2: Temas e suas inter-relações na construção do Tema Central.....	54
Figura 3: Caminho percorrido para chegar ao Tema Central.....	55
Quadro 1: População e Rede Básica de Saúde do Município de Belém/Distritos de Saúde.....	47
Quadro 2: caracterização das enfermeiras.....	48
Quadro 3: Temas, subtemas e Tema Central.....	51
Quadro 4: Exemplo de procedimento de análise dos dados de uma entrevista.....	52
Quadro 5: Exemplo de procedimentos de análise por semelhança de núcleo de significados com emergência de subtemas e temas.....	53

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACS	– Agente Comunitário de saúde
AIS	– Ações Integradas de Saúde
DAGUA	– Distrito Administrativo do Guamá
DABEL	– Distrito Administrativo de Belém
DAENT	– Distrito Administrativo do Entroncamento
DAICO	– Distrito Administrativo de Icoaraci
DAMOS	– Distrito Administrativo de Mosqueiro
DAOUT	– Distrito Administrativo do Outeiro
DABEN	– Distrito Administrativo do Bengui
DASAC	– Distrito Administrativo da Sacramenta
ESF	– Estratégia Saúde da Família
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	- Instituição de Longa Permanência para Idosos
MS	– Ministério da Saúde
PACS	– Programa de Agente Comunitário de saúde
PSF	– Programa Saúde da Família
SESMA	– Secretaria Municipal de Saúde
SESPA	– Secretaria de Estado de Saúde Pública
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UMS	– Unidade Municipal de Saúde
USF	– Unidade Saúde da Família
UFSC	– Universidade Federal de Santa Catarina
UFPA	– Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVO	29
1.2 TESE.....	29
2 SUPORTE CONCEITUAL	31
2.1 SUS E A POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO	31
2.2 A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E SUAS AÇÕES NO PSF/ESF E NA ATENÇÃO BÁSICA	36
2.3 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	40
3 METODOLOGIA	45
3.1 O CONTEXTO DO ESTUDO: MUNICÍPIO DE BELÉM	45
3.2 ABORDAGEM DE PESQUISA	47
3.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	48
3.4 PROCEDIMENTOS NA OBTENÇÃO DOS DADOS	49
3.5 CUIDADOS ÉTICOS EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	49
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	50
4 RESULTADOS E SUA APRESENTAÇÃO	55
4.1 ARTIGO 1 - CONSTRUINDO O FAZER GERONTOLÓGICO PELAS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	57
4.2 ARTIGO 2. ENFERMEIRAS GERENCIANDO PROBLEMAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO DO IDOSO .	77
4.3 ARTIGO 3 - ENFERMEIRAS DESAFIANDO A VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DE ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	93
5 CONCLUSÃO - TESE.....	113
5.1 REFLEXÕES DO TEMA CENTRAL - GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ESF	113
5.2 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA	117
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES.....	127
APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	129

APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE COPYRIGHT – ARTIGO 1 - REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP.....	131
APÊNDICE C - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE PUBLICAÇÃO E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE – ARTIGO 3 - REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM.....	132
APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS – ARTIGO 3 - REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM.....	133
APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE – ARTIGO 3 - REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM.....	134
ANEXOS.....	135
ANEXO A - REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP – INSTRUÇÕES AOS AUTORES	137
ANEXO B - REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (REBEN) – INSTRUÇÕES AOS AUTORES	143
ANEXO C - REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM INSTRUÇÕES AOS AUTORES	147
ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC.....	158

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os censos demográficos revelam que até o início da década de 80 a estrutura etária da população brasileira se constituía predominantemente de jovens, panorama que muda sensivelmente a partir dos anos 90. Entre 1991 e 2000 se observou em todo o país uma mudança em relação à população total, com declínio do grupo etário de 0 a 14 anos, que passou de 34,7% para 29,6%, enquanto o grupo etário de 65 anos ou mais cresceu, embora menos pronunciadamente, de 4,8% para 5,8%. Nesse mesmo período, o grupo considerado potencialmente ativo, que compõe a faixa etária de 15 a 64 anos, passou de 60,4% para 64,5% (IBGE, 2000).

Diante do exposto, não surpreende que o fenômeno do envelhecimento ganhe importância significativa em vários setores da sociedade, o que tem suscitado discussão com desdobramentos importantes. A perspectiva tem sido de reconhecer a necessidade de debates fundamentados para a constituição de políticas públicas que proporcionem à população um envelhecimento ativo, saudável e com a melhor qualidade de vida possível.

Camarano; Kanso e Mello (2004) referem que o envelhecimento populacional é hoje um fenômeno mundial cuja proporção da população “mais idosa”, ou seja, de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que o estrato idoso, além de aumentar, está prolongando sua longevidade.

Dessa forma, a temática do idoso ganha proporção significativa também no Brasil, na medida em que, nas últimas três décadas do século XX, o crescimento da sua população idosa vem aumentando e modificando consideravelmente sua pirâmide populacional.

Na Região Norte, segundo o Censo de 2000, existem 707.071 pessoas idosas com 60 anos ou mais. O Estado do Pará ocupa o primeiro lugar em números absolutos, com 356.562 pessoas idosas, o que equivale a 5,8% da sua população total, e cujos domicílios estão distribuídos em bairros da capital, incluindo zona rural e ilhas fluviais, além de zonas ribeirinhas (IBGE, 2000).

No Estado do Pará, os dois últimos censos demográficos (1991 e 2000) mostraram o crescimento do número de idosos: em 1991, de 212.013 idosos com a maior concentração deles em Belém, com 69.266,

e no ano de 2000, eram 356.562 no Estado, com 88.860 em Belém (IBGE, 2000).

Tabela 1: População idosa do Município de Belém - PA, por sexo segundo faixa etária, 2000.

Faixa Etária	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	F	%	F	%	F	%
60 – 64	12.477	43,31	16.328	56,69	28.805	32,42
65 – 69	8.906	41,18	12.724	58,82	21.630	24,35
70 – 74	6.470	39,55	9.886	60,45	16.356	18,40
75 – 79	4.041	39,19	6.270	60,81	10.311	11,60
80 anos e +	3.656	31,09	8.102	68,91	11.758	13,23
TOTAL	35.550	40,01	53.310	59,99	88.860	100,00

Fonte: IBGE (2000)

A estatística da população idosa de Belém discriminada por faixa etária (Tabela 1) vem confirmar o acelerado aumento da longevidade das pessoas, demonstrando que as precárias condições econômicas da grande parcela da população da Região Norte, em particular da Amazônia Legal, pelos poucos recursos que recebe, não têm representado impedimento para que alguns de seus membros atinjam longa vida.

Em 2008, a população total do Estado do Pará era estimada em 7.249.184 habitantes, dos quais 465.062 idosos, o que equivale a 6,4% da população total. O município do Pará com a maior concentração de idosos é Belém, onde residem 111.638 idosos, equivalendo a 7,6% da população total, percentual maior que a média estadual (PARÁ, 2008). Daí a importância de reconhecer as consequências e desafios que o aumento da longevidade traz ao e Estado, por sobrecarregar os cofres públicos nos setores como o da saúde.

A condição a ser superada nessa questão é assegurar acesso aos serviços com práticas transformadoras, porquanto o cuidado ao idoso fundamenta-se nas modificações que ocorrem ao longo da vida, do aspecto biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, nas quais estão incluídas ações de promoção, prevenção e de tratamento e recuperação das afecções comuns na velhice.

Se por um lado o aumento da longevidade pode ser reconhecido como uma conquista social, por outro é uma condição que pode ocorrer

sem qualidade de vida, inclusive com perda da autonomia e da independência para o viver diário. Para Gordilho et al., (2001), a prevalência de morbidades crônicas não transmissíveis, muitas vezes associadas (comorbidades), comuns na idade mais avançada, leva o idoso a necessitar ainda mais de serviços de saúde, principalmente o hospitalar, aumentando assim o custo com tratamentos e acompanhamentos. Tal questão leva-nos a pensar sobre a necessidade de uma efetiva assistência básica de saúde que privilegie principalmente o caráter educativo e de proteção da vida e da saúde voltada para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas e suas respectivas famílias.

Dentre outras questões, foram essas algumas das razões que me aproximaram da área do conhecimento da gerontogeriatrics. Ainda nesse mesmo sentido, convém citar que por necessidade na vida pessoal e familiar, busquei conhecimento específico de enfermagem gerontogeriatrica para, aliado ao conhecimento da minha formação – enfermagem –, prestar um cuidado de qualidade aos meus genitores idosos. A minha responsabilidade, enquanto prestadora de atenção filial e de atenção cuidadosa e de qualidade com vistas à manutenção da vida e prevenção de eventuais agravos à saúde física e mental de ambos, movia-me a buscar mais conhecimentos. Cada descoberta e reflexão sobre o conhecimento adquirido impulsionavam-me para novas perspectivas, intensificando o desejo de me dedicar a um conhecimento mais aprofundado.

Por outro lado, quando iniciei minha carreira docente em 1995 ministrando as disciplinas: Introdução à Saúde Comunitária e Processo Educativo em Enfermagem, embora não existisse no Projeto Pedagógico disciplina com conteúdo que abordasse o idoso, sempre me preocupei em acrescentar-lhe assuntos relacionados com a promoção da saúde do estrato idoso da população, na perspectiva de aproximar os alunos com a temática e sensibilizá-los para que tivessem maior e melhor compreensão sobre as necessidades fundamentais e peculiaridades das pessoas idosas.

Minhas preocupações residiam essencialmente nos fatos reais observados no cotidiano dos serviços. Tanto nas Unidades Municipais de Saúde como nas Unidades de Saúde da Família do Município de Belém, a atenção prestada ao usuário idoso acontecia de modo pouco adequado, com falta de efetividade das ações e impessoalidade no atendimento, distante dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe salientar que a partir de 2004 o Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará passou a trabalhar na elaboração do seu

novo Projeto Pedagógico, privilegiando também a Atividade Curricular sobre “Atenção integral ao adulto e ao idoso”. E mais: por sua característica humanística, holística e proativa em sua prática atual, o Projeto em questão foi contemplado em 2006 com o apoio do Ministério da Saúde pelo programa Pró-Saúde.

Na sequência dos acontecimentos, por interesse pessoal e profissional me integrei à equipe responsável por essa atividade curricular, sendo, desde então, docente dessa área de conhecimento. Com relação ao desenvolvimento dos serviços ofertados nas Unidades Municipais de Saúde, posso afirmar que, até o presente, apesar do esforço das Instituições de Ensino Superior (IES) e do gestor municipal, pouco se avançou com relação a benefícios práticos em atenção de qualidade e de responsabilização no atendimento do usuário idoso.

Essa realidade de atenção ao idoso em decorrência de problemas de saúde aliados às consequências do envelhecimento é preocupante. Faltam competências específicas, levando ao entendimento de que profissionais da área da saúde, em particular enfermeiras, conhecem pouco ou desconhecem as especificidades do cuidado dos idosos, seus direitos cidadãos enquanto usuários do SUS; além dos diversos conhecimentos e informações atualizadas, necessários à condução apropriada de atenção à vida e à saúde da população idosa em sua variada condição de cronicidade, vivendo em seus mais diferentes contextos socioculturais e históricos.

Nesse mesmo conjunto de informações, supõe-se que ainda se desconheça que essa categoria profissional ignore fatos como:

- O Brasil inverteu a sua posição na pirâmide populacional: de país até a metade da década de 80 com a maioria de sua população de jovens, atualmente, no início do século XXI, sua taxa de jovens decaiu e a dos idosos cresce à custa também do aumento da longevidade, podendo mais pessoas chegar a atingir 80 anos de idade e até mais.
- Desde janeiro de 1994, a Lei nº 8.842 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), e desde outubro de 2003, a Lei nº 10.741 dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).
- A Portaria nº 2.528 de 2006, dispõe sobre a Política Nacional de Saúde de Pessoas Idosas e, a partir do Pacto Pela Vida, a saúde do idoso

passa a ser uma das prioridades do SUS e por consequência, da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

Estar atento às mudanças e disposto a aceitá-las e acompanhá-las é também responsabilidade dos profissionais de saúde, pois atualmente o fazer em saúde, ou seja, o cuidar dos usuários que recorrem ao SUS, está sendo repensado e em contínua atualização de sua estrutura, em seu sistema, em seus processos e resultados. O esperado é que a gestão dos serviços de saúde seja continuamente analisada e redesenhada para dar-lhe eficiência, eficácia e efetividade no trato da saúde das populações.

Pelo exposto, percebendo a enfermeira em meio à complexidade do que seja cuidar do idoso e da família na atenção básica/ESF, considero importante que tanto para o profissional quanto para o gestor atuem com eficiência e eficácia, é essencial que busquem conhecer as condições de vida e saúde do usuário em seu envelhecimento. Entende-se que, alicerçada num bom conhecimento técnico-científico da situação do usuário, capaz de resultar em acertada avaliação diagnóstica e intervenção cuidativa, a enfermeira estará capacitada e habilitada nas especificidades do cuidado de enfermagem gerontogeriatrica, que envolve os conhecimentos do processo de envelhecimento e das condições de cronicidade com comorbidades comuns na velhice.

Tal atuação profissional requer ainda considerar a atenção integral ao idoso, que envolve o enfoque do binômio idoso/família como uma unidade de cuidado, pois os cuidados em família fortalecem os recursos internos e têm consequências sobre o bem-estar de todos os seus membros, inclusive do idoso. A ideia de trabalhar com a velhice é um desafio a ser enfrentado e também a ser superado com vontade política, ética e responsabilidade. Nessa visão, o cuidado ao idoso exige mudanças na mentalidade, na estratégia do atendimento e no serviço. Não é por acaso que a ESF é defendida por Silvestre e Costa Neto (2003) como um serviço no qual o trabalho dos profissionais está voltado para a assistência integral e contínua a todos os membros da família.

Percebo que, dentro da sua governabilidade e com essa visão, a enfermeira pode criar estratégias de planejamento para direcionar suas ações e avaliar o impacto na melhoria de vida e saúde da família com membro idoso em sua área de atuação.

A opção pela ESF como foco de estudo ocorreu por considerá-lo um palco privilegiado para o desenvolvimento das ações dos profissionais da saúde, particularmente da enfermeira, tradicionalmente

responsável pela prestação do cuidado com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Cuidado que, quando direcionado ao idoso, volta-se para preservar sua capacidade funcional e promover envelhecimento ativo e com qualidade.

Desse modo, o presente estudo justifica-se pela sua proposta de desvelar as ações praticadas no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF), particularmente pela enfermeira, pois o que se observa no cotidiano das práticas em saúde referente à fundamentação teórica e habilidades técnicas leva-nos a pensar em possíveis falhas na capacitação para atender novas demandas de uma população envelhecida.

Convém lembrar que o foco de atenção dos governantes, da academia e dos pesquisadores em décadas anteriores era voltado para a área materno-infantil, enquanto nesta década tende a expandir-se também para a área do envelhecimento. Devem, pois, IES, profissionais e serviços dirigirem seu foco também para os fundamentos da nova especialidade e alinhá-los aos preceitos do SUS, preparando-se para acompanhar as mudanças do mercado de trabalho e adequar-se ao perfil dos usuários da saúde.

Outro aspecto da relevância do estudo é atender a necessidade de construir o conhecimento gerontogeriatrico em consonância com as perspectivas de organismos internacionais, nacionais, estaduais e municipais, assim como da academia e dos serviços, pois se constitui em busca de conhecimento com base na prática da enfermeira voltada à população idosa. Tal busca tem o intuito de contribuir na revisão de conhecimentos e habilidades necessárias à prática profissional da enfermagem sobre a atenção à vida e à saúde da pessoa idosa e respectiva família.

Nesse sentido, escolhi como contexto do estudo o Distrito DAGUA por ser o mais populoso de Belém, marcado pela pobreza e pela violência urbana, ter um grande número de invasões e muitos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USFs). Além disso, o Campus da Universidade Federal do Pará localiza-se nesse distrito, que é campo de prática dos cursos da área da saúde:

Para o norte do estudo estabeleci a seguinte questão de pesquisa:
Como as enfermeiras que atuam na ESF do Distrito Administrativo DAGUA, Belém-PA, percebem seu atendimento prestado ao usuário idoso e respectiva família?

1.1 OBJETIVO

Conhecer e analisar a percepção das enfermeiras da ESF do Distrito Administrativo DAGUA, Belém-PA, sobre o contexto de atuação, as condições de trabalho e os conhecimentos técnico-científicos que possibilitam, ou não, atender as necessidades de saúde do idoso em âmbito familiar e comunitário.

1.2 TESE

A atenção das enfermeiras de ESF ao usuário idoso e família apresenta fragilidades relativas à capacitação técnico-científica específica que, associadas às barreiras e aos problemas contextuais, políticos e gerenciais do SUS dificultam a prática do cuidar e influem na qualidade da atenção prestada.

2 SUPORTE CONCEITUAL

2.1 SUS E A POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988 pela atual Constituição Federal, no que se refere aos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde no território nacional.

Tal Sistema, que resultou de um movimento em prol da saúde consolidado na 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Em 1987 foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), consolidando as Ações Integradas de Saúde (AIS), que adotou como diretrizes: a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e a implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (FERRO; ALMEIDA FILHO; LOURENÇO, 2006).

O capítulo dedicado à saúde na Constituição Federal vigente, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo das últimas duas décadas, criando o SUS e determinando que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 2006, Art. 196).

Entre outros direitos, a Constituição prevê ainda o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades de promoção e prevenção em saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Lei nº. 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais e, define as atribuições do SUS, em seus três níveis de governo, entre as quais está "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (BRASIL, 2006, Art. 200, inciso III).

Consoante a sua importância e amplitude, as diretrizes do SUS

rompem teoricamente com o paradigma biomédico tradicional, deixando de priorizar a doença para priorizar a saúde, a qual passa a ser vista com olhar ampliado, ou seja, tanto pelo aspecto biológico como pelo psicossocial, meio ambiente, trabalho, de forma integrada.

Nesse sentido, vale a pena retomar o modo como, nas últimas décadas do século XX, o conceito de promoção da saúde vinha sendo discutido em várias conferências internacionais configurando um novo marco para a saúde.

A Primeira Conferência foi realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986, tendo como principal produto a Carta de Ottawa, a qual se transformou em um padrão de referência no desenvolvimento dos conceitos de promoção da saúde mundial (BUSS, 2003). Nessa Carta promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle de tal processo (OPAS, 1986).

As demais conferências internacionais de promoção da saúde foram: Declaração de Adelaide, Austrália (1988), II Conferência, que elegeu como tema central as políticas voltadas para a saúde (políticas públicas saudáveis); Declaração de Sundsvall, Suécia (1991), III Conferência, enfatizou ambientes favoráveis à saúde; Declaração de Jacarta, Indonésia (1997), IV Conferência, na qual a discussão foi direcionada para Novas Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI (OPAS, 1988, 1991, 1997).

A IV Conferência, Jacarta, foi a primeira a ser realizada num país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Também oportunizou a reflexão sobre o aprendizado em relação à promoção da saúde, reanalisou os determinantes da saúde e identificou as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI (OPAS, 1997).

A Política Nacional do Idoso, sancionada em 4 de janeiro 1994 por meio da Lei 8.842, foi regulamentada somente em 1996. Essa Política Nacional do Idoso prevê o envolvimento de oito ministérios: Ministério da Previdência e Assistência Social; Cultura, Educação e do Desporto; Justiça; Saúde; Trabalho; Planejamento e Orçamento e Indústria, Comércio e Turismo, cabendo ao primeiro a coordenação, objetivando *“assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”*. Essa lei estabelece e solidifica princípios e diretrizes, definindo prioridades e competências voltadas ao estrato da população idosa (BRASIL, 1994).

Pela importância e necessidade da efetivação prática dessa

política, criou-se o Plano Integrado de Ação Governamental, com vista a facilitar sua operacionalização e desenvolvimento com ações promocionais, preventivas e curativas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Para tanto, em 1997 o Ministério da Saúde elaborou o “Programa de Atenção à Saúde do Idoso”, seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde, das Nações Unidas e da Lei nº. 8.842/94 (BRASIL, 1997).

Em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde, aprovou a Portaria n. 1395 com a Política Nacional de Saúde do Idoso, fundamentada na Lei Orgânica da Saúde – 8.080/90 e na Lei nº. 8.842/94. A referida portaria (BRASIL, 1999) enfatizava a autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, definindo diretrizes para viabilizar ações no que se refere à saúde, determinando responsabilidade e operacionalização na:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- capacitação de recursos humanos especializados;
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- apoio a estudos e pesquisas.

Outra também importante conquista para a população idosa ocorreu no ano de 2003, quando o presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), o qual garante e amplia os direitos sociais dos idosos. O Art. 15 retrata a questão da saúde, conforme segue:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação em saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, 2003, Art. 15).

Considerando as diversidades regionais de cada município, em 2006 o Ministério da Saúde, envolvendo as três esferas de governo, criou um novo modelo de gestão denominado Pacto pela Saúde. Importante por sugerir mudanças significativas na sua operacionalização, de forma a responder aos desafios da gestão e

organização do SUS, pactuando metas e objetivos de acordo com a realidade de cada município. Assim, a saúde deixaria de ser uma política de governo, para se converter em uma política de estado, ou seja, a política de governo fica na dependência do gestor, enquanto a política de estado independe de quem esteja no momento exercendo o cargo de governante (BRASIL, 2006a).

Fazem parte desse novo modelo três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS. Os compromissos deverão ser assumidos de acordo com a necessidade da população do município e registrados no plano de saúde dos três níveis de governo. As prioridades pactuadas foram:

- Saúde do Idoso.
- Controle do câncer do colo do útero e da mama.
- Redução da mortalidade infantil e materna.
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue; hanseníase; tuberculose; malária e influenza.
- Promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e na alimentação saudável.
- Fortalecimento da Atenção Básica.

Dentre essas prioridades, destacam-se três que têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica, o que demanda uma política de saúde atualizada. Foi então aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com as novas diretrizes (BRASIL, 2006a):

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Implantação de serviços de atenção domiciliar;
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provedimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e

- usuários do SUS;
- Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Dessa forma, nesse contexto a Atenção Básica foi gradualmente fortalecendo-se, chegando a constituir-se na porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Conta com a ESF para a sua reorganização no país (BRASIL, 2006b).

Conforme se pode perceber, esse novo modelo assistencial visa a dar maior qualidade ao processo de cuidado ao idoso, buscando manter seu estado de saúde com a família e na própria comunidade. Permitiria ações de enfermagem ao idoso doente e/ou fragilizado na atenção básica de saúde, visando atendê-lo na sua integralidade, além de um acompanhamento periódico e contínuo, porquanto esse estrato da população é o que mais cresce e apresenta mais frequentemente necessidades específicas de serviços de saúde, visto que na sua grande maioria sofre de múltiplas doenças crônicas. Contudo, em muitos aspectos esses esforços ainda permanecem como proposições teóricas, não chegaram à prática diária real das unidades de saúde porque a assistência curativa se superpõe à preventiva.

Entre as ações definidas no Pacto para a Vida para 2008 (BRASIL, 2008) para grupos populacionais inclui-se a atenção à saúde do idoso, com as seguintes prioridades: 1) identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur; e 2) contribuir para a melhoria da qualidade de atenção prestada ao residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Essas prioridades tiveram fundamentos vários, inclusive dados estatísticos de saúde e fatos observados na sociedade relativos a morbidade e mortalidade, hospitalização e desmandos na administração de ILPIs. Essas prioridades estabelecidas e a serem perseguidas, embora de relevância social e sanitária, não representam por si sós a integralidade da atenção à vida e à saúde dos usuários, nesse caso os idosos, por isso há necessidade da qualidade da assistência prestada pela enfermeira, pois é inerente à sua formação profissional prestar cuidado integral ao ser humano.

Em se tratando da pessoa idosa, a idade avançada se soma às condições predisponentes a múltiplas doenças, trazendo consigo algum tipo de dependência e reduzindo sua capacidade de superar as eventuais dificuldades do ambiente familiar, social e do próprio sistema de saúde e

exigindo a presença da enfermeira em seu domicílio.

Embora a implantação dos serviços na atenção básica de saúde prevista no Pacto pela Saúde tenha sido um acordo tripartite, é responsabilidade de cada gestor municipal oferecer ações de saúde para atender as necessidades e demandas da população daquele município.

2.2 A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E SUAS AÇÕES NO PSF/ESF E NA ATENÇÃO BÁSICA

Nos últimos anos do século XX, a enfermagem brasileira vem ampliando seu foco de investigação e de sua prática, seguindo a tendência mundial em consequência da insatisfação gerada pelo paradigma cartesiano por não encontrar respostas adequadas às questões científicas, filosóficas e sociais (MARCON E ELSEN, 1999).

No que diz respeito à Enfermagem Gerontogerátrica, especialidade no Brasil, influenciada principalmente pela enfermagem norte-americana, que a partir da metade do século XX vem disponibilizando literatura acadêmico-profissional, somadas às nacionais pioneiras, muito têm contribuído para o crescimento de seu campo de conhecimento na assistência à pessoa idosa (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

As autoras esclarecem que a terminologia “Enfermagem Gerontogerátrica”:

[...] supõe a composição da especificidade do conhecimento e prática da enfermagem fundamentada nos conhecimentos provenientes da enfermagem geral, da geriatria (uma disciplina médica) e da gerontologia (uma área mais abrangente, que vem se construindo à luz dos conhecimentos de várias disciplinas básicas e aplicadas) [...]. A “enfermagem gerontológica, com ou sem a locução geriátrica,” pode ser entendida como sinônimo. (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006, p. 2).

É na atenção primária, especificamente na ESF, que a enfermeira atuando na comunidade ou junto à família detecta fatores que possam causar danos à saúde do idoso e utiliza ações interativas e proativas, individuais ou coletivas, que favoreçam o envelhecer e viver saudáveis. Em tal cenário emerge a enfermagem gerontogerátrica como nova especialidade que vem construindo coletivamente e consolidando suas

ações com o idoso, a família e a comunidade.

Nesse sentido, o cuidar é processo dinâmico, planejado com base no contexto do usuário, e no âmbito da enfermagem gerontogeriatrica o atendimento vai ser realizado de forma integrada com outros saberes, com vistas a prever a integração das multidimensões do viver da pessoa idosa (GONÇALVES, 2010), perspectiva que nos remete à interdisciplinaridade.

É evidente que a interdisciplinaridade não traz respostas prontas nem é solução para todos os problemas da prática profissional na atenção a saúde, mas se pode afirmar que as conexões e correspondências estabelecidas entre as diversas disciplinas e respectivos profissionais envolvidos a tornam uma alternativa e contribuição importante, principalmente no cuidado de enfermagem gerontogeriatrica.

É oportuno salientar que as alterações observadas no processo de envelhecimento e a promoção do viver saudável têm interfaces biológicas, socioculturais, políticas e econômicas, o que justifica o esforço e o comprometimento de todos os profissionais com a integralidade da atenção prestada ao idoso, sua família e comunidade. É imprescindível que a enfermeira, de forma competente e criativa, utilize recursos disponíveis no ambiente, buscando sempre manter uma conduta harmoniosa com o idoso e sua família.

O processo de trabalho da enfermagem gerontogeriatrica na atenção primária de saúde está direcionado para as especificidades da pessoa idosa, estabelecendo relações e criando vínculos com o idoso, a família e a comunidade, guardando sempre uma conduta ética. Atitude interativa, proativa, dialógica e compartilhada é a formula para buscar recursos para resolver possíveis problemas e melhoria da saúde, bem-estar e melhoria da qualidade de vida para a tríade em questão.

Comentando outro aspecto que é fundamental no exercício da enfermagem gerontológica, Gonçalves (2010) define seus objetivos de forma a facilitar os métodos de atendimentos, a condução do cuidado e a avaliação contínua. São eles:

Prestar assistência integral ao idoso, à sua família e à comunidade na qual ele estiver inserido, favorecendo a compreensão das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e facilitando as adaptações necessárias ao viver diário.

Promover educação para a vida e saúde, nos níveis primário, secundário e terciário, junto à clientela idosa e à sua respectiva família.
Favorecer a participação ativa do idoso e de seus familiares, propiciando condições para que funcionem com bom nível de autocuidado e que sejam eles próprios os detentores do poder pessoal para se decidirem pelo melhor em suas vidas, para o bem-estar e a qualidade de vida. (GONÇALVES, 2010, p. 2-3).

Uma vez alcançados esses objetivos, pressupõe-se cumprida sua função na meta estabelecida à luz da interdisciplinaridade para o atendimento integral do idoso e de sua família.

No Brasil, a enfermagem encontrou na saúde coletiva, mais especificamente na ESF, um importante mercado de trabalho. Sua prática vem construindo ao longo dos últimos anos o SUS (MARQUES; SILVA, 2004). Neste sentido, a enfermeira vem ganhando cada vez mais espaço, reconhecimento e autonomia no seu processo de trabalho na ESF, tendo como fio condutor a Política Nacional de Atenção Básica, que assegura à comunidade assistência nos programas do Ministério da Saúde utilizando a prática do saber clínico e do saber epidemiológico.

Não é demais repetir que esse modelo assistencial preconiza a integralidade das ações e a associação de práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos aos cuidados terapêuticos, com maior ênfase no usuário, em sua família e na comunidade. O paradigma da promoção da saúde abarca o processo saúde-doença com base na multicausalidade: é influenciado pelo meio ambiente e por fatores culturais, socioeconômicos e educacionais, passando a ver a família como centro desse processo.

Pode-se afirmar que, por ser regida por práticas interdisciplinares executadas por membros das equipes em ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos necessários para sua atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006c).

Em se tratando de ações profissionais, é papel do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família atuar nos aspectos culturais e sociais do idoso e da família. Neste sentido, a atenção à saúde do idoso na Atenção Básica/Saúde da Família deve estar inserida em um processo de diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico sofre influência de diversos fatores: o ambiente em que vive o idoso, a relação do

profissional de saúde com a pessoa idosa e do profissional de saúde com familiares e também de sua história clínica (BRASIL, 2007).

A Promoção do envelhecimento saudável enfatiza as medidas educativas com ações que orientem o idoso e demais indivíduos a preservar a saúde ou melhorar suas habilidades funcionais, por meio da aceitação de hábitos saudáveis de vida e abolição de comportamentos nocivos à saúde. Inclui também a orientação acerca dos cuidados e dos riscos ambientais que proporcionem acidentes (quedas), comprometendo sua capacidade funcional. O papel da enfermeira e da família nesse processo é fundamental.

O próprio Ministério da Saúde reconhece tal fato e alerta:

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita. (BRASIL, 2007, p. 9).

O exposto reforça a importância de a Equipe de Saúde da Família conhecer a realidade das famílias atendidas, identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns a que elas estão expostas; valorizar a relação com o usuário e com a família, para criar vínculo de confiança, de afeto, de respeito; realizar visitas domiciliares; prestar assistência integral à população adstrita e priorizar as ações de proteção e promoção à saúde.

Modelo diferenciado de assistência que desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, a ESF é estratégia fundamental de atenção primária e o pilar mais importante do SUS. Segue os princípios gerais da Atenção Básica e tem caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam, mormente por ser uma rede que está implantada na maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2006c).

Além disso, as atuais políticas sociais se delineiam de modo abrangente e com definições específicas no alcance de metas a favor das

necessidades prioritárias da população. Neste sentido, a inclusão de práticas à luz da promoção da saúde na atenção básica pressupõe uma abordagem crítica e reflexiva sobre promoção da saúde e proteção, tratamento e controle de vida saudável das populações, privilegiando a educação permanente.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho em saúde é fundamental para o ser humano e tem como resultado final, a produção do cuidado realizado de modo coletivo. No momento em que os profissionais o realizam, interagem mutuamente com o usuário e com normas, instrumentos e máquinas, constituindo assim um processo de trabalho (MERHY; FRANCO, 2008; PIRES, 2008).

Nogueira (1997) considera três aspectos fundamentais no processo de trabalho em saúde. Primeiro: tem características comuns a qualquer outro tipo de processo de trabalho; segundo: qualquer tipo de assistência é um serviço com suas especificidades; e terceiro: existe uma intensa relação interpessoal. Tais princípios se complementam e se integram.

Para Pires (2008, p. 161):

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças [...].

Assim sendo, passo a considerar processo de trabalho em saúde a atividade planejada, focada em princípios norteadores e dimensão cuidadora em prol da produção máxima da saúde e bem-estar individual e coletivo, compreendendo que atividade: é todo ato e/ou ação humana que, quando realizado por um sujeito ativo, seja capaz de transformar um produto. O sujeito é considerado ativo quando é atuante, crítico e reflexivo, quando sua ação é real e acontece dentro de um contexto articulado/integrado com o todo.

Para ser considerada humana, a atividade precisa ter a interferência da consciência e que esta assimile a existência de dois

resultados em tempos distintos: o resultado ideal e o produto real. Inicialmente, o resultado é idealizado como mero produto da consciência, seus atos se articulam até chegar a um resultado ideal, e mesmo que o resultado ideal se distancie do real, pode-se adequar o primeiro ao segundo, o que não significa dizer que o produto final venha a ser simplesmente uma duplicação real de um modelo ideal já existente anteriormente.

Vázquez (1990) diz que em toda atividade humana se estabelece um resultado ideal. Por isso, não é necessário que a adequação seja perfeita, uma vez que o processo de realização contempla várias transformações até chegar no resultado real. Assim sendo, ocorre obedecendo a uma finalidade por meio do homem como produto de sua consciência. Dessa forma práxis é toda ação que o homem desempenha em determinada matéria, transformando-a em outra realidade humanizada.

Durante seu processo de trabalho ao executar uma atividade prática, a enfermeira traz consigo vários saberes, mas só isso não é suficiente para que ela tenha legitimidade. Essa atividade prática só é real quando a ação de sua prática transforma o sujeito, dando origem a um novo sujeito. Um dos requisitos para que essa transformação ocorra é saber como está organizado e estruturado o processo do seu trabalho.

Nesse contexto, como ser consciente e social a enfermeira deve usar seu conhecimento, sua criatividade e inventividade na busca de novas estratégias que venham a beneficiar o usuário, no caso o idoso, estratégias essas que oportunizam práticas críticas, reflexivas e consentâneas com a realidade.

Nas últimas décadas do século XX, o processo de trabalho em saúde, especificamente da enfermeira, vem sofrendo profundas transformações nas suas práticas a partir da incorporação do modelo assistencial que tem por base a promoção da saúde.

Assim, o conceito ampliado de saúde, caracterizado por mudanças socioeconômicas, políticas e demográficas, exige respostas imediatas na organização dos serviços, porquanto o avanço alcançado com a criação do SUS, estimulando a integração e a articulação dos serviços em rede, propõe mudanças significativas no processo de trabalho em saúde, principalmente no que tange à autonomia, inclusive na ESF.

Mas para que tal aconteça são necessárias, também, mudanças no perfil e no papel do gestor, com vistas a criar as reais condições imprescindíveis para a resolução dos problemas que venham a surgir na atenção básica de saúde.

Nesse novo modelo assistencial, para que haja uma eficaz e eficiente produção em saúde, os gestores precisam ter preparo, vontade política e serem capazes de criar estratégias para enfrentar as dificuldades cotidianas institucionais e atender as demandas da sociedade. Os gestores não podem perder de vista que sua responsabilidade e dos demais membros da equipe devem superar os entraves burocráticos, uma vez que existe uma multiplicidade de demandas cujas intervenções se dão também, e principalmente, nos territórios e locais onde vivem e convivem usuários e familiares. Por isso, a atenção deve levar em conta os aspectos: equidade e integralidade dos indivíduos, com vistas ao seu bem-estar, máxima qualidade de vida e promoção da saúde.

Para isso, deve a Unidade da ESF estar vinculada à rede de serviços, trabalhando de forma organizada, integrada, visando à atenção integral ao usuário e família (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004). Entretanto, para que o trabalho prestado gere os resultados esperados e satisfação, deve ser desenvolvido de forma organizada e em boas condições ambientais e estruturais (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). E para que a organização do trabalho seja eficaz, deve estar pautada não só no conjunto das atividades laborais, mas também nas relações de trabalho, que surgem de relações sociais de produção, as quais constituem a interação entre os diferentes agentes sociais (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Tendo em vista que a enfermagem tem um papel socioproductivo relevante e um saber e agir específicos, pode também construir processos de trabalho com maior autonomia na ESF, reduzindo a subordinação dos seus agentes, pois embora estes sejam subordinados às enfermeiras, gozam de certa autonomia para planejarem suas ações no contexto do território, como é o caso da visita domiciliar.

Os profissionais da atenção básica, especificamente da ESF, assim como as de outras unidades, devem ser autônomos no desenvolvimento de suas atividades, inclusive em planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações necessárias ao usuário e à comunidade. Espera-se que adotando esse paradigma na ESF, tendo usuário, família e comunidade como foco da atenção, mude o perfil do gestor no que tange à organização do seu processo de trabalho; pois suas atividades exigem maior interação dos trabalhadores com a realidade cotidiana da população e maior aproximação e articulação entre equipe e gestor e vice-versa, para garantir a dinâmica do processo de trabalho da ESF (BRASIL, 2006c). Suas características são elencadas a seguir:

- Cadastramento atualizado das famílias e dos indivíduos e

utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.

- Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua.
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes.
- Prática do cuidado familiar ampliado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias com o intuito de propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.
- Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal.
- Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.
- Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Porém, um aspecto a ser considerado é que os resultados a serem alcançados com o processo de trabalho não são de responsabilidade apenas do agente produtor de atividade/ação em saúde, porque o processo de trabalho incorpora elementos constitutivos como: objeto, normas, instrumentos e finalidades, aos quais se deve acrescentar principalmente o contexto, a estrutura, a articulação e os recursos.

Nesse sentido, a qualidade do produto final do processo de trabalho, que é a assistência à saúde do indivíduo ou de grupo de pessoas, depende, também, da estrutura organizacional da instituição e dos tipos de serviços ofertados pelos gestores, principalmente a nível local.

3 METODOLOGIA

3.1 O CONTEXTO DO ESTUDO: MUNICÍPIO DE BELÉM

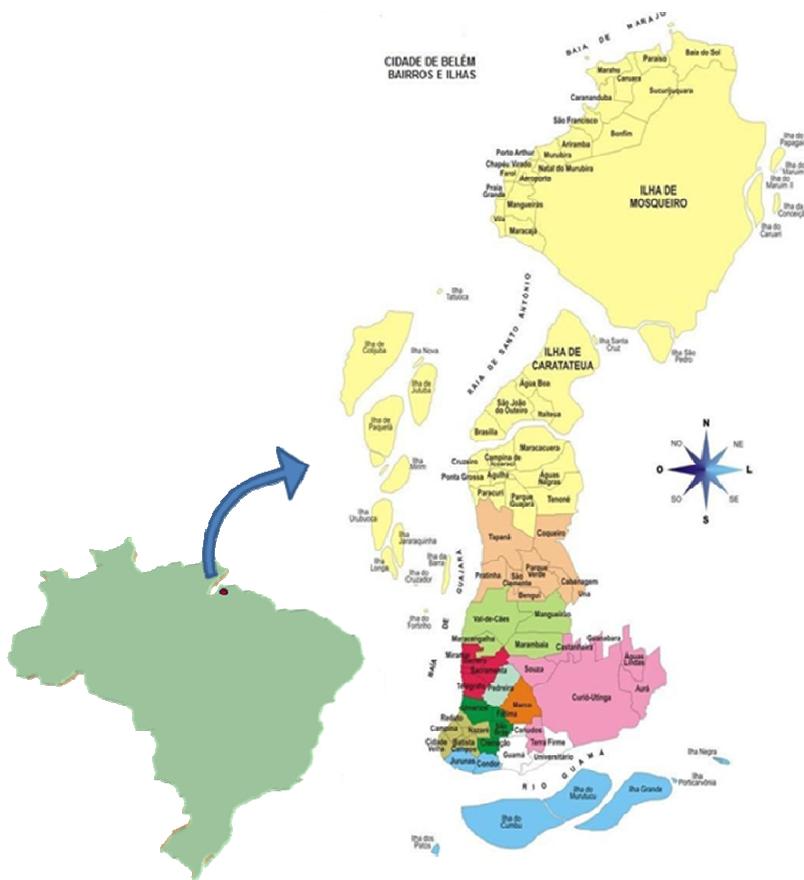


Figura 1: Mapa do Município de Belém, PA – Brasil.

Em conjunto com os estados do Amapá, Acre, Amazonas, Roraima, Rondônia e Tocantins, o Estado do Pará compõe a Região Norte do país, uma das maiores áreas geográficas do planeta. Pará é o segundo maior estado do Brasil, com cerca de 1.284.000 km² de extensão distribuídos em 143 municípios. Sua capital, Belém, é o principal porto da Região Norte.

Belém ocupa uma área de 1.065 km², da qual 505.823 km² são de terras planas aluvionais, circundadas por uma complexa rede hidrográfica constituída por bacias, igarapés e furos. Seu clima é quente e úmido, tipicamente equatorial, influenciado pela floresta amazônica, com frequentes chuvas. Suas ruas são arborizadas por mangueiras que amenizam o calor, principalmente nos meses mais quentes, de julho a novembro, quando a temperatura pode chegar a 41 graus centígrados.

É uma cidade urbanizada, composta por terrenos elevados e terrenos baixos, chamados de baixadas. Nos terrenos mais elevados reside a população de maior poder aquisitivo, enquanto nas baixadas reside a população mais pobre, que inicialmente se fixou nas áreas alagadas, transferindo-se depois para áreas periféricas, num processo chamado de invasão. São áreas extremamente violentas e sem infraestrutura adequada para moradia nem saneamento básico.

A regionalização administrativa de Belém foi instituída pela Lei Municipal n° 7.682, de 5 de janeiro de 1994 (BELÉM.1994). O município conta com 71 bairros distribuídos em 8 distritos administrativos: de Belém (DABEL); do Entroncamento (DAENT); do Guamá (DAGUA); de Icoaraci (DAICO); de Mosqueiro (DAMOS); do Outeiro (DAOUT); do Bengui (DABEN) e da Sacramento (DASAC). A população total do município é de 1.331.923 habitantes, distribuídos nesses distritos conforme se vê no Quadro 1.

Com relação à saúde, no Estado do Pará a municipalização ocorreu em 2002, quando quase todas as unidades básicas de saúde sofreram esse processo. Hoje, a atenção básica do Município está assim organizada: vinte e sete (27) Unidades Municipais de Saúde (com exceção de uma, ainda administrada pelo Estado), das quais quinze (15) funcionam como Polo de Urgência e Emergência. Quarenta e oito (48) são as Unidades de Saúde da Família que funcionam em instalações físicas separadas das Unidades Básicas de Saúde, comportam cento e duas (102) equipes de saúde da família (Quadro 1).

Contudo, todas essas unidades estão vinculadas ao SUS, obedecendo à normatização do Ministério da Saúde. A presente pesquisa foi desenvolvida em cinco Unidades de ESF e uma Unidade do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) do Distrito DAGUA, localizadas nos Bairros do Guamá, Terra Firme, Condor e Ilha do Combu.

Distrito de Saúde	População geral 2009	Unidade de Saúde da Família/USF 2009	População idosa cadastrada nas USFs 2009	UMS	Cobertura PACS/PSF 2009
DAICO	150.834	07 USF 13 Eq	2.287	Icoaraci e Maguari	50,98%
DAMOS	31.602	06 USF 10 Eq	2.013	Maracajá e Carananduba	82%
DAOUT	29.708	04 USF 05 Eq	1.183	Outeiro	98%
DASAC	282.490	12 USF 29 Eq	9.572	Sacramento, Vila da Barca, Fátima, Telégrafo, Paraíso dos Pássaros, Pedreira	53,23%
DABEN	268.820	09 USF 21 Eq	4.782	Tapanã, Satélite, Bengui I, Bengui II, Pratinha, Cabanagem e Jardim Sideral	54,39%
DAGUA	395.959	5 USF e 1 PACS 13 Eq	11.892	Condor, Terra Firme, Cremação, Guamá e Jurunas	22,35%
DAENT	13.271	04 USF 11 Eq	2.504	Águas Lindas, Curió, Marambaia, e Tavares Bastos	31,87%
DABEL*	159.244	-----	-----	-----	00%
TOTAL	1.331.923	48 USF 102 Eq	34.233	27	

*O Distrito de Saúde DABEL, por estar localizado em área nobre, não possui USF.

Quadro 1: População e Rede Básica de Saúde do Município de Belém/Distritos de Saúde.

Fonte: SEAMA, (2009)

3.2 ABORDAGEM DE PESQUISA

Partindo do objeto e questão do estudo, e com base nas observações feitas durante as atividades acadêmicas desenvolvidas nas Unidades de Saúde em Belém, questionou-se: *Como as enfermeiras que atuam na ESF do Distrito Administrativo DAGUA, Belém-PA, percebem seu atendimento prestado ao usuário idoso e respectiva família?*

Políticas públicas e programas de saúde para a população idosa já vêm sendo discutidas desde a década de 90, mas a prática para atender essa demanda na atenção básica de saúde ainda deixa a desejar.

Para encontrar resposta à questão de pesquisa optou-se pela abordagem descritivo-qualitativa como proposta metodológica, porque

propicia o conhecimento das representações do sujeito por meio de seu discurso, aproximando o pesquisador da realidade dos atores sociais para compreender o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionados ao processo das relações humanas que não podem ser quantificados (MINAYO, 2007).

3.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A opção por todas as enfermeiras atuantes nas cinco unidades de ESF e uma de PACS, do Distrito Administrativo DAGUA, num total de catorze, se deve por serem elas que traçam o plano assistencial; são solicitados em primeira mão para a realização das visitas domiciliares – em caso de agravos à saúde; mapeiam o território; sistematizam o cadastro; controlam o atendimento; notificam os nascimentos e óbitos; além do mais, é o profissional que tem papel central na equipe.

Caracterização das enfermeiras participantes

Entrevistada	Sexo	Idade	Ano da formatura	Especialização	Tempo de Trab. na ESF
E1	F	44 anos	1990	Saúde da Família	09 anos
E2	F	50 anos	1987	Saúde Pública	06 anos
E3	F	49 anos	1986	Saúde da Família	02
E4	F	26 anos	2007	-----	01 ano
E5	F	45 anos	1991	-----	07
E6	F	52 anos	1986	UTI Adulto	09
E7	F	32 anos	2006	UTI Neonatal	02
E8	F	64 anos	1982	Saúde Pública	08
E9	F	54 anos	1981	Saúde Pública	09
E10	F	35 anos	1999	Urgência e Emergência	09
E11	F	32 anos	2002	UTI Adulto	02
E12	F	37 anos	2000	Saúde Pública	09
E13	F	48 anos	1987	Saúde da Família	10
E14	F	53 anos	1985	Saúde Pública	06

Quadro 2: caracterização das enfermeiras.

A amostra foi composta de 14 enfermeiras, todas que atuavam nas referidas unidades por ocasião da coleta de dados, a mais jovem com

26 anos e a mais idosa com 64 anos; a maioria (10) colou grau na década de 90; e fizeram (10) especialização, sendo oito delas em Saúde Pública ou Saúde da Família.

3.4 PROCEDIMENTOS NA OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados foram obtidos por entrevista aberta guiada por um conjunto de perguntas disparadoras, como:

- Conte em detalhe um dia comum de seu trabalho no PSF/ESF quando atende um usuário idoso.
- Ao atender o programa HIPERDIA, o que você acrescenta de ações quando o usuário é idoso?
- Fale sobre as facilidades e dificuldades que você encontra na rotina de seu trabalho ao atender o idoso e sua família no programa de ESF.

As entrevistas foram realizadas no período de agosto de 2009 a fevereiro 2010. Anterior à coleta dos dados os procedimentos foram: visita à Secretaria Municipal de Saúde, quando apresentei à equipe técnica o projeto e solicitação de autorização para realizar a pesquisa nas unidades selecionadas; em visita às unidades de ESF, pedi colaboração das enfermeiras, expliquei às enfermeiras sobre a pesquisa, esclareci possíveis dúvidas e pedi-lhes sua colaboração.

Após consentimento (Apêndice A), as entrevistas, foram gravadas em MP4 com duração variando entre 45 e 50 minutos, posteriormente transcritas e identificadas com nome de pedras preciosas da região, garantindo a privacidade dos depoentes.

3.5 CUIDADOS ÉTICOS EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Com relação aos critérios éticos, esta pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas éticas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, foi aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob o nº 036/09 (Anexo D). As enfermeiras participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos e à metodologia proposta, bem como o direito de acesso aos dados colhidos, se desejassem. Ao aceitarem participar do estudo,

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), do qual receberam uma cópia, enquanto outra foi arquivada pela pesquisadora principal.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

As estratégias de ação dos enfermeiros das unidades de ESF adotadas com usuários idosos foram analisadas pelo método da análise de conteúdo, a técnica utilizada foi da análise temática ou categorial de Bardin (2009), cujo referencial analítico/interpretativo foi o paradigma da Promoção da Saúde, focado na promoção da saúde, na prevenção dos fatores de riscos e tratamento dos danos, conforme prevê a dinâmica do processo saúde-doença, em contraposição ao modelo tradicional, cuja ênfase é maior na doença e no tratamento; nos preceitos da enfermagem gerontogeriatrica e nos do processo de trabalho de enfermagem e saúde. O preparo da análise dos dados deu-se em três momentos: “pré-análise”; “exploração do material”; e “tratamento dos resultados, inferência e interpretação”.

A “pré-análise” por sua vez foi construída em duas fases: na primeira, após a realização de cada entrevista era feita de imediato a transcrição na íntegra para identificar dúvidas e/ou incompletudes e retornar prontamente ao entrevistado para complementar os dados. Todo o material transcrito da entrevista foi composto em forma de um quadro que permitia, como segunda fase, a *Leitura Flutuante*, tendo como referência a questão de pesquisa para identificar as falas significantes. Assim, foi elaborada a *constituição do corpus*, aplicando-se as quatro regras que validam a pesquisa qualitativa: *exaustividade* - durante a leitura para identificar os significados; *representatividade* - verificando se as falas significantes extraídas representavam o todo; *homogeneidade* - na medida em que a escolha dos documentos obedeceu à conformidade, e *pertinência* - quando foram analisadas as falas significantes extraídas para ver se correspondiam à questão e ao objetivo da pesquisa, como se vê no exemplo do Quadro 4.

No segundo momento, de *exploração do material*, constituiu-se a unidade de significado correspondente às falas significantes, agregando-as segundo cada núcleo, como no exemplo do Quadro 5.

No terceiro momento, deu-se o “tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”. Iniciou-se o tratamento dos dados a partir das falas significantes; do núcleo de significado, realizou-se a análise por semelhança, ou seja, agrupando-se os núcleos com significados

similares, para então constituir os subtemas, temas e por fim a inferência do tema central, como se observa no esquema abaixo (Quadro 2) e na representação gráfica (Figura 2).

TEMA 1. Construindo o fazer gerontológico

- 1.1 Consulta de enfermagem
- 1.2 Visita domiciliar
- 1.3 Atenção à família
- 1.4 Buscando parcerias para ações integradas
- 1.5 Atuando nas ações consolidadas

TEMA 2. Gerenciando problemas

- 3.1 Organizacional
- 3.2 Estrutural
- 1.3 Superando barreiras contextuais

TEMA 3. Desafiando a violência

- 4.1 Violência territorial
- 4.2 Violência intrafamiliar

TEMA CENTRAL: GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA UNIDADE DE ESF

Quadro 3: Temas, subtemas e Tema Central.

TRANSCRIÇÃO DE DADOS DE E5	FALAS SIGNIFICANTES	UNIDADE DE SIGNIFICADOS
<p>Olha, assim, só o estatuto do idoso que já li, que trata dos direitos dos idosos, da assistência, prioridades. Aqui no município tem a Casa do Idoso que é específica para eles, a parte de gerontologia, geriatria. Então, fui chamada para implantar a carteira do idoso, só que tive um contratatempo e não deu para ir, mas aí vieram as carteiras e a gente está fazendo, mas foi só, só sobre as carteiras. Antes desta gestão, aqui no PSF, nós fazíamos muito treinamento sobre AIDPI, Tb, MH, DST/AIDS, Pré-Natal. Fazíamos treinamento muito bom, de 15 dias; de maneira geral, tínhamos bastante capacitação. Agora nesta gestão não temos nada, deixa muito a desejar. Específico para o idoso, nunca tivemos nenhum treinamento. Quando a gente atende o idoso, no geral o idoso tem sempre uma doença de base, ou é hipertenso ou é diabético, então ele chega, a dificuldade que a gente tem aqui é a escada, porque nossa sala é em cima, então alguns idosos têm dificuldades para subir então muito idoso a gente não atende e fica para a médica.</p>	<p>Só o estatuto do idoso que já li que trata dos direitos dos idosos, da assistência, prioridades (E5) No município tem a Casa do Idoso que é específica para eles, a parte de gerontologia, geriatria. (E5) Fui chamada para implantar a carteira do idoso, só que tive um contratatempo e não deu para ir, mas aí vieram as carteiras e a gente está fazendo, mas foi só (E5) Antes dessa gestão, aqui no PSF nós fazíamos muito treinamento sobre AIDIP, Tb, MH, DST/AIDS, Pré-Natal, fazíamos treinamento muito bom, de 15 dias, de maneira geral tínhamos bastante capacitação (E5) Agora nesta gestão não temos nada, deixa muito a desejar. Específico para o idoso nunca tivemos nenhum treinamento (E5) No geral o idoso tem sempre uma doença de base, ou é hipertenso ou é diabético. (E5) A dificuldade que a gente tem aqui é a escada, porque nossa sala é em cima, então alguns idosos têm dificuldades para subir. Muito idoso a gente não atende e fica para a médica (E5)</p>	<p>Necessidade de capacitação</p> <p>Atendimento especializado</p> <p>Necessidade de capacitação</p> <p>Necessidade de capacitação</p> <p>Necessidade de capacitação</p> <p>Realidade encontrada</p> <p>Infraestrutura inadequada</p>

Quadro 4: Exemplo de procedimento de análise dos dados de uma entrevista.

NÚCLEO DE SIGNIFICADOS	SUBTEMAS	TEMAS
Procedimentos de atenção ao idoso	<p>Consulta de enfermagem Também na consulta se faz toda uma orientação quanto a caminhada, alimentação, medicação porque eles confundem muito no tamanho e na cor, então orientamos a dividirem e colocarem em vários vidros, (E1) Na consulta faço exame físico, ouço suas queixas, às vezes se percebe que eles querem falar alguma coisa; quando começo o exame físico, com o toque, com a conversa, eles passam a falar mais, chegando até a contar problemas familiares (E2) Não posso me basear no que ele está sentindo hoje, eu tenho que ver o que ele estava sentindo antes, eu procuro avaliar as consultas anteriores, para eu poder me basear no hoje (E4)</p> <p>Visita domiciliar Na visita domiciliar observamos sua casa: se tem escada, se a escada tem corrimão; orientamos pra que fique na parte de baixo; se tem tapete por que ele pode escorregar e cair e assim vai, se é a idosa quem cozinha orientamos o uso da faca, para ela ter cuidado para não se machucar (E3) Primeiro os acamados, separávamos e fazíamos visita domiciliar, íamos à casa e marcávamos sempre o nosso retorno, verificávamos a pressão e fazíamos nossas orientações (E6) Na primeira visita se detectou o problema: fomos lá e verificamos que a casa não tinha ventilação, higiene precária e a idosa acamada ficava lá (E7)</p> <p>Buscando parcerias para ações integradas Se houver necessidade de uma consulta médica, eu chamo a médica; se houver um problema que precise de uma certa urgência, ela vem e atende na mesma hora aqui junto comigo (E9) A gente procura o centro comunitário e a gente faz mobilização com os idosos para verificar a pressão, fazer palestra (E11) Conversado em grupo, em roda; não é aqui na casa, mas é dentro da estratégia na comunidade, geralmente é na Igreja Santo Agostinho ou no Centro Comunitário, é feito esse serviço dentro da área (E12)</p> <p>Atenção à família A família é assim, [...] em geral são as mulheres as cuidadoras, elas sempre falam a respeito de marido, de filho, de preocupações que elas têm com a família [...] (E5) Então a gente sempre procura chamar a família pra conversar, ver se a gente melhora um pouco, (E11) A facilidade é uma interação com a comunidade, de conversar com as famílias, conseguindo colaboradores com nossos serviços, e como vemos que a pessoa é responsável, vemos um idoso mais bem cuidado, contando até com empréstimos de barcos para deslocamento (E13)</p>	TEMA 1: CONSTRUINDO O FAZER GERONTOLÓGICO
Trabalhando com o idoso e a família		

Quadro 5: Exemplo de procedimentos de análise por semelhança de núcleo de significados com emergência de subtemas e temas.

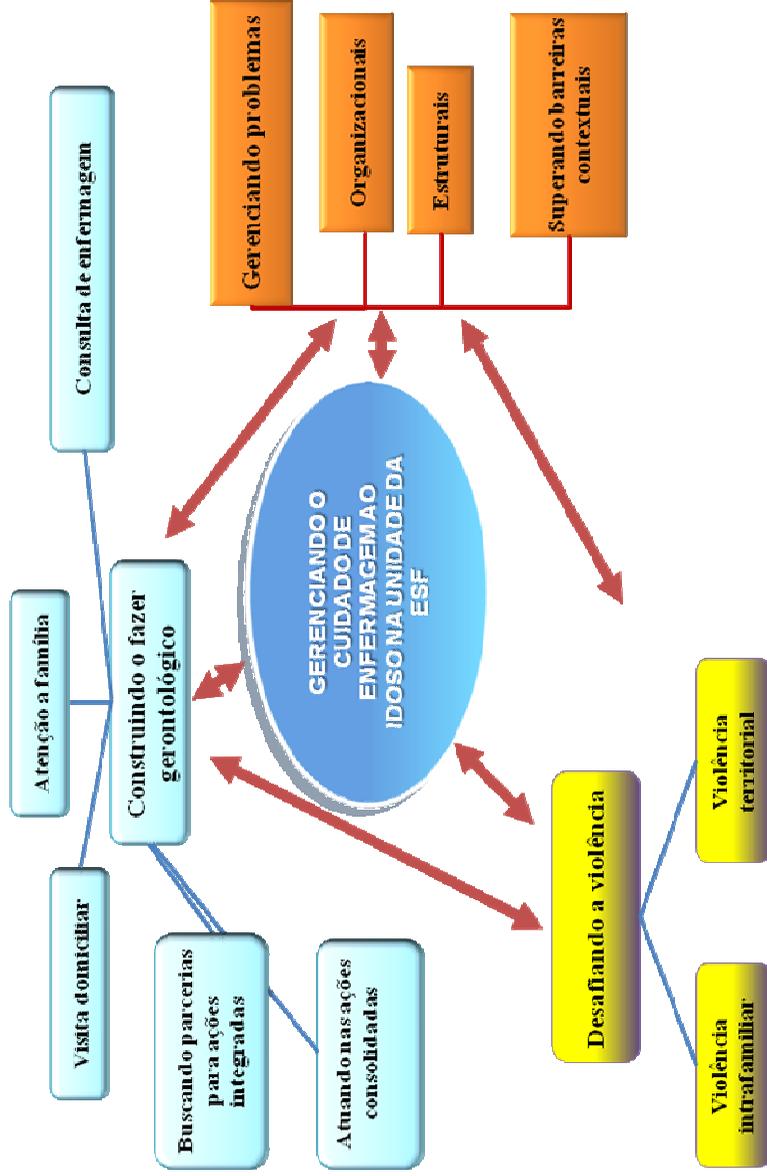


Figura 2: Temas e suas inter-relações na construção do Tema Central.

4 RESULTADOS E SUA APRESENTAÇÃO

Os resultados do estudo sobre a percepção das enfermeiras a respeito de sua atuação junto ao usuário idoso e família na ESF se constituíram em subsídios à confirmação da tese previamente estabelecida: A atenção das enfermeiras de ESF ao usuário idoso e família apresenta fragilidades relacionadas com sua capacitação técnico-científica que, associadas aos entraves contextuais e políticos, dificultam o cuidado e influem na qualidade da atenção prestada.

A síntese dos resultados encontra-se esquematizada na Figura 2, que mostra tres temas e respectivos subtemas que os compõem, circundando o Tema Central que caracteriza a essência dos significados dados pelas enfermeiras acerca de sua atuação junto ao usuário idoso e sua família, no âmbito da ESF. Conforme já explicitado no capítulo anterior, o tratamento dos dados pela opção metodológica qualitativa de análise temática percorreu o caminho ilustrado na Figura 3.



Figura 3: Caminho percorrido para chegar ao Tema Central.

O tema central desta pesquisa: **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao idoso na ESF** se revelou a partir dos três temas emergidos de análise sucessivas dos dados, a saber: 1. **Construindo o fazer gerontológico**, 2. **Gerenciando problemas**, 3. **Desafiando a violência**.

Os resultados são apresentados em forma de três artigos, conforme estabelecido pela Instrução Normativa 06/PEN/2009 aprovada em 02/12/2009, que altera o critério para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da UFSC.

ARTIGO 1. CONSTRUINDO O FAZER GERONTOLÓGICO PELAS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Elaborado com base no tema 1. **Construindo o fazer gerontológico**, desvenda como as enfermeiras pesquisadas constroem seu fazer gerontológico, nas unidades de ESF.

ARTIGO 2. ENFERMEIRAS GERENCIANDO PROBLEMAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA CUIDADO DO IDOSO. Os desafios enfrentados pelas enfermeiras estão relacionados aos problemas de gestão presentes no cotidiano do processo de trabalho na ESF. Originou-se no tema 2. **Gerenciando problemas**.

ARTIGO 3. ENFERMEIRAS DESAFIANDO A VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DE ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Construído com base no tema **Desafiando a violência**, demonstra como a violência territorial e intrafamiliar, interfere no cotidiano das enfermeiras ao atuarem na comunidade e no domicílio dos usuários idosos e famílias.

4.1 ARTIGO 1 - CONSTRUINDO O FAZER GERONTOLÓGICO PELAS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Artigo a ser submetido à **Revista Latino-Americano de Enfermagem (RLAE)**, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista. (Anexo A).

**CONSTRUINDO O FAZER GERONTOLÓGICO PELAS
ENFERMEIRAS DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA¹**

**BUILDING THE GERONTOLOGICAL PERFORMANCE BY
NURSES FROM THE FAMILY HEALTH UNITS**

**CONSTRUYENDO EL QUEHACER GERONTOLÓGICO POR
LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE LA SALUD DE LA
FAMILIA**

Sandra Helena Isse Polaro²
Lúcia Hisako Takase Gonçalves³
Angela Maria Alvarez⁴

Endereço para correspondência:

Sandra Helena Isse Polaro

Endereço: Universidade Federal do Pará, Praça Camilo Salgado, nº 01,
Umarizal

CEP: 66055-090 - Belem, PA – Brasil

¹ O presente artigo é parte da pesquisa intitulada GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE FAMÍLIA. Tese de Doutorado desenvolvida em Doutorado Interinstitucional – DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSC, sob o número 036/09.

² Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Doutorado Interinstitucional – DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: shpolaro@ufpa.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EESP/USP. Prof^ª participante do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). Florianópolis/SC. lucia.takase@pq.cnpq.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo PEN/UFSC. Prof^ª do PEN/UFSC. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC). Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). alvarez@ccs.ufsc.br.

CONSTRUINDO O FAZER GERONTOLÓGICO PELAS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Resumo: Artigo extraído de uma pesquisa qualitativo-descritiva cujo objetivo é: conhecer e analisar a percepção das enfermeiras da ESF do Distrito Administrativo DAGUA, Belém-PA, sobre contexto de atuação, condições de trabalho, conhecimentos específicos que possibilitam atender as necessidades do idoso em âmbito familiar e comunitário. Os dados coletados por entrevista com 14 enfermeiras, de 08/2009 a 02/2010, foram tratados pelo método de análise de conteúdo de Bardin, gerando temas entre eles, matéria do presente artigo: *Construindo o fazer gerontológico* e subtemas: *consulta de enfermagem, visita domiciliar, atenção à família, buscando parcerias para ações integradas e atuando em ações consolidadas*. Em síntese, enfermeiras têm construído um peculiar “fazer gerontológico” criando estratégias a cada situação para ações integradas possíveis. Conclui-se que apesar das limitações e dificuldades no trabalho na ESF, em seu fazer gerontológico, elas estão gerenciando os cuidados de enfermagem ao usuário idoso e sua família, tema central deduzido de suas percepções.

Descritores: Enfermeira; Enfermagem; Gerontologia; Idoso; Programa Saúde da Família.

CONSTRUYENDO EL QUEHACER GERONTOLÓGICO POR LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE LA SALUD DE LA FAMILIA

Resumen: Artículo extraído de investigación cualitativa-descriptiva cuyo objetivo es: conocer la percepción de las enfermeras de Unidad de Salud de la Familia del Distrito DAGUA, en Belém-PA, Brasil, sobre el contexto, condiciones de trabajo y los conocimientos específicos que posibilitan atender las necesidades del anciano en el ámbito familiar y comunitario. Los datos obtenidos por entrevista con 14 enfermeras, entre 08/ 2009 y 02/ 2010, fueron tratados por el método de análisis de contenido de Bardin, generando temas que corresponden al presente artículo: *Construyendo el quehacer gerontológico* y los subtemas: *consulta de enfermería, visita domiciliar, atención familiar, buscando apoyo para acciones integradas, actuando en acciones consolidadas*. Las enfermeras han construido peculiar “quehacer gerontológico”

creando estrategias a cada situación las acciones integradas. Se concluye a pesar de dificultades en la USF sobre su función, ellas están administrando los cuidados de la enfermería para el usuario anciano y su familia, tema central deducido de sus percepciones.

Palabras claves: Enfermera; Enfermería; Gerontología; Anciano; Programa de Salud de la Familia.

BUILDING THE GERONTOLOGICAL PERFORMANCE BY NURSES FROM THE FAMILY HEALTH UNITS

Abstract: Article extracted from a qualitative-descriptive study whose objective is: knowing FHU nurses' perceptions of the District of DAGUA, in Belém-PA, Brazil, on the context of performance, working conditions and specific knowledge enabling to meet the needs of the elderly in the family and community. Data have been collected through interview with 14 nurses, between August, 2009 and February, 2010. They have been analyzed through Bardin's content analysis method, generating some of the following themes to this article: *Building gerontological performance and the subthemes: nursing consultation, home visits, family care, seeking partnerships for integrated actions and acting in consolidated actions*. In summary, nurses have built a special "gerontological performance" by creating strategies for integrated actions to each situation. It is concluded that despite difficulties at work, in the FHU, on their gerontological performance; they are managing nursing care to the elder and their families that is a central theme derived from their perceptions.

Key words: Nurse; Gerontological nursing; Elderly; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A visibilidade da enfermagem como profissão da saúde é evidenciada pelo desenvolvimento de suas ações de cuidado com pessoas em processo de deterioração da saúde. Essa visão de cuidar, pela qual as enfermeiras* atuavam, e ainda atuam, é direcionada para ações curativas, com enfoque biologicista. Nesse sentido, convém retomar o modo como, nas últimas décadas do século XX, o conceito de promoção da saúde vem sendo discutido em várias conferências internacionais, configurando um novo marco para a saúde. A primeira conferência foi realizada na cidade de Ottawa, Canadá (1986), na qual surgiu a definição de promoção da saúde representada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. As demais conferências internacionais de promoção da saúde foram: Declaração de Adelaide, Austrália (1988), II Conferência, que elegeu como tema central as políticas voltadas para a saúde (políticas públicas saudáveis); Declaração de Sundsvall, Suécia (1991), III Conferência, deu ênfase aos ambientes favoráveis à saúde; Declaração de Jacarta, Indonésia (1997), IV Conferência, na qual a discussão foi direcionada para Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI⁽¹⁾.

O modelo atual de promoção da saúde propõe ações que privilegiam o viver com qualidade. Nesse contexto, a enfermagem gerontológica se impõe redirecionar suas ações de cuidado para o modelo de promoção fundamentado nas mudanças que ocorrem ao longo da vida de maneira a conduzir ações de envelhecimento ativo, preventivas e reabilitativas de agravos à saúde, de manutenção das capacidades funcionais e de autonomia e independência para as atividades da vida diária.

Neste novo paradigma, a atuação do profissional na Atenção Básica de Saúde com foco na família de membros idosos deve contemplar a adoção do diagnóstico multidimensional gerontogerátrico, o qual detecta influência de fatores vários, como o ambiente em que vive o idoso, a relação do profissional de saúde com a pessoa idosa e com os seus familiares, assim como de sua história clínica e de vida⁽²⁾. Entretanto, apesar dos esforços e do desejo político tripartite, o processo

* O gênero feminino foi adotado ao longo do texto porque a categoria é ainda majoritariamente exercida por mulheres, embora os colegas do gênero masculino tenham aqui igual consideração.

de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) continua sendo um grande desafio para os gestores no sentido de garantir a integralidade e a qualidade de atenção prestada aos seus usuários, que têm na atenção básica de saúde a porta de entrada para efetivá-la. É em tal cenário que as enfermeiras podem buscar melhoria da qualidade de serviços destinados aos idosos, permitindo ampliar o enfoque integral do processo de cuidar do ser humano. Imbuída dessa visão de equidade e de integralidade de direito à saúde do ser humano, a enfermeira, em condições adequadas, pode realizar sua prática junto ao usuário idoso e sua família, como integrante da equipe multiprofissional de saúde, com objetivo único de atendimento que resulte em maior bem-estar e melhor qualidade de vida do idoso e de seus familiares cuidadores⁽³⁾. Reside aí a importância de as enfermeiras estudar o envelhecimento em sua complexidade como questão necessária e atual, tanto no que concerne ao aprimoramento do cuidado direcionado aos idosos, quanto nas discussões de políticas públicas e sociais voltadas para a atenção ao estrato idoso da população.

O presente artigo propõe apresentar e analisar a construção do fazer gerontológico das enfermeiras atuantes na ESF do Distrito Administrativo DAGUA, Belém-PA, um dos temas emergidos do estudo da tese de doutoramento⁽⁴⁾ cujo objetivo geral foi: Conhecer e analisar a percepção das enfermeiras da ESF sobre o contexto de sua atuação, as condições de trabalho e conhecimentos técnico-científicos que lhes possibilitam, ou não, atender as necessidades de saúde do idoso em âmbito familiar e comunitário.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativo-descritiva com adoção da técnica de entrevista aberta para a obtenção dos dados. O método de análise de conteúdo de Bardin⁽⁵⁾ foi usado para o tratamento dos dados valendo-se ainda da técnica de análise temática ou categorial^(5,6). O referencial interpretativo foi baseado nos princípios que fundamentam a ESF e nos preceitos básicos do cuidado de enfermagem gerontogeriatrica.

O estudo foi desenvolvido em seis Unidades de Saúde da Família do Distrito Administrativo DAGUA, município de Belém, o qual representa a área que concentra maior número de habitantes de baixa renda e prevalência de violência urbana. Belém é capital da Região Norte com maior população, cuja taxa de idosos é de 7,6%⁽⁷⁾. A amostra

foi composta de 14 enfermeiras, todas que atuavam nas referidas unidades por ocasião da coleta de dados, a mais jovem com 27 anos de idade e a mais idosa com 64 anos. Doze delas tinham feito curso de especialização, oito em Saúde Pública ou Saúde da Família e as demais na área hospitalar. Doze começaram a trabalhar em saúde da família na primeira década de 2000 e duas na década de 90. Dez colaram grau na década de 90 e quatro na primeira década de 2000.

A coleta de dados ocorreu entre 08/2009 e 02/2010, após aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que, assinado, teve uma cópia arquivada pela pesquisadora principal e outra entregue à própria participante com o propósito de oferecer as informações necessárias quanto ao projeto, como também a garantia de sigilo da identidade da participante e das informações fornecidas. Para participar da pesquisa as enfermeiras foram esclarecidas quanto ao objetivo e a metodologia da proposta, bem como o seu direito de acessar os dados ou desistir dela a qualquer momento, se desejassem. O projeto seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas éticas de pesquisa com seres humanos. Submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, foi aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob nº 036/09.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A enfermagem tem ampliado seu conhecimento a respeito do cuidado no processo de envelhecimento e longevidade, mormente graças à influência das produções e publicações das últimas quatro décadas no país pelos pioneiros estudiosos da gerontogeriatrics, e suas possíveis e variadas consequências para as políticas públicas em decorrência das mudanças observadas na pirâmide populacional brasileira⁽³⁾.

Nessa perspectiva, a enfermagem gerontogeriatrica vem se consolidando a partir de conhecimento e habilidades práticas acumuladas pela experiência, vem se constituindo num corpo de conhecimento específico. Esse investimento vai ao encontro das necessidades de ordem social e sanitária decorrentes do aumento da população idosa e da demanda de atenção às suas necessidades. Foi na década de 90, com implantação do Sistema Único de Saúde e principalmente do Programa de Saúde da Família (PSF), transformada posteriormente em Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada do SUS, que as enfermeiras realmente ocuparam seu espaço na

assistência básica e tiveram o mercado de trabalho ampliado. A partir daí, passaram a desenvolver mais efetivamente o cuidado de enfermagem aos usuários, incluindo os idosos e seus familiares, e assim ir construindo o seu fazer profissional conforme se constata aqui ao descrever o Tema 1: Construindo o fazer gerontológico e os subtemas que o compõem: consulta de enfermagem, visita domiciliar, atenção à família, buscando parcerias para ações integradas e atuando nas ações consolidadas.

O “fazer gerontológico” consubstanciado em cuidados do usuário idoso tem sido exercido pelas enfermeiras em nosso meio, adotando-se metodologias e técnicas já conhecidas e costumeiramente usadas na enfermagem geral. Tal cuidado, todavia, não prescinde das especificidades requeridas pela clientela idosa. Entre tantas outras profissões que atuam na gerontologia, a enfermagem também está no processo de busca de conhecimentos, pois a especialidade da enfermagem gerontológica envolve parâmetros físicos, psicoemocionais e sociais específicos. Trabalhando em equipe interdisciplinar, também converge seu foco para o objetivo comum: o cuidado do idoso em seu contexto familiar e comunitário⁽⁸⁾.

Consulta de enfermagem é legitimada pela Lei do Exercício Profissional e regulamentada como atividade privativa do enfermeiro pelo Decreto nº 94.406/87⁽⁹⁾. Sua adoção induziu enfermeiras a aplicar a metodologia do processo de enfermagem que requer uma definição de objetivos e cuidados interventivos segundo o protocolo de avaliação e estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. O processo de cuidar que permeia a aplicação da consulta de enfermagem aflora como forte aliado da enfermeira no atendimento dos usuários e tem representado a principal estratégia no exercício de suas funções. É realizando a consulta que elas interagem com os usuários e sistematizam sua ação cuidativa, estimulando-os a manter sua autonomia e independência, controlando a saúde e prevenindo agravos.

Na consulta faço exame físico, ouço suas queixas. [...] quando começo o exame físico, com a proximidade, com a conversa, eles passam a falar mais, chegando até a contar problemas familiares. (E2). Com os usuários idosos a gente tem mais cuidado, mais cautela, procuramos escutar mais do que falar. Tem idoso que chora, conta seus problemas. [...]. (E7, E14). Na consulta, oriento sobre caminhada, alimentação: a importância do uso do medicamento, [...] (E1, E4, E5), [...] se tem dificuldade visual, auditiva e

andando sozinho, oriento para andar acompanhado, pensando em prevenir acidentes (E5)

Os depoimentos das enfermeiras revelam que a consulta de enfermagem focaliza principalmente os fatores de risco do idoso, estimulando-o a mudar para um estilo de vida mais seguro. É também nesse momento que algumas enfermeiras percebem a necessidade do idoso de comunicar-se, de dialogar. Assim, sua conduta é de escuta: ouvem mais do que falam, com toque humano e acolhedor, permitindo que surjam sentimentos mais calados ou secretos, procedendo de forma adequada para o idoso sentir-se acolhido nas unidades de saúde. Contudo, esse fazer gerontológico é uma construção própria das enfermeiras, muito mais movidas pela intuição e pela concepção humanística geral do fazer enfermagem com o ser humano, como forma de suprir sua falta de capacitação no atendimento às especificidades do cuidado do ser idoso.

Na enfermagem gerontogeriatrica convencionou-se definir algumas metas essenciais, como: promoção do envelhecer saudável, compensação de limitações e incapacidades, provisão de apoio e controle no curso do envelhecimento, tratamento e cuidados específicos e facilitação do processo de cuidar⁽³⁾. Todavia, tais orientações não foram ainda totalmente absorvidas pelas enfermeiras da ESF, que têm atendido o usuário idoso seguindo apenas as normas de atendimento geral de enfermagem como a qualquer usuário, sem considerar as particularidades da idade. Devido à formação da enfermeira voltada para a compreensão da integralidade do indivíduo, seus depoimentos mostram que a dimensão social é considerada muitas vezes no seu fazer cotidiano.

A gente pouco trabalha com ações grupais educativas, só orientação. O idoso vem pra gente com problema de saúde. Orientamos para ele participar em grupo de atividade física, atividades sociais (E5, E11). Orioento a participar de algum grupo de igreja, porque lá vai se distrair mais, participar de atividade no bairro. Passamos a ter relação afetiva, pois alguns criam vínculo com a gente (E5) Orioento que faça leitura, se gosta de ler, que assista televisão, ouça música, se reúna com amigos, não se isole de outras pessoas (E3). Se é sedentário, orioento sobre a importância das caminhadas (E1, E6).

A consulta de enfermagem tem favorecido intervir também na dimensão social, pois a enfermagem enquanto prática social tem sua ação ampliada, com procedimentos proativos, fazendo conexão entre os determinantes sociais e o processo saúde-doença, considerando o idoso como sujeito partícipe do seu contexto social. Apesar de todo o esforço, ainda é um desafio olhar o processo de trabalho na ESF como novo modelo assistencial em saúde. Adotar esse novo paradigma significa refletir sobre a organização, estrutura e planejamento da prática profissional e buscar por uma atenção integral e integrada. Em consonância com os nossos achados, identificamos num estudo sobre concepções de cuidado encontradas nas teses de doutorado de um programa de pós-graduação de enfermagem, defendidas entre 1995 e 2005, a prevalência de ações de enfermagem no fazer técnico, e eventualmente ações proativas de intervenção social⁽¹⁰⁾. No presente estudo, percebeu-se que algumas enfermeiras já avançam, abordando questões sociais do mundo cotidiano. Durante a consulta trabalham a prática político-social, estimulando, mesmo que timidamente, a defesa dos direitos do cidadão:

Procuramos fazer com que o idoso tenha um atendimento digno, dentro de nossas limitações. (E13). Nossos idosos e famílias são conformados, passivos, digo que não podem ser assim, ponho na cabeça deles: vá e lute pelos direitos da falta de medicamentos, da demora de consultas com especialistas, da falta de transporte para levar o idoso para reabilitação, [...] mas não posso fazer muito isso porque se falarem que eu disse isso [...] já viu o que vai acontecer comigo. (E2)

Os depoimentos retomados também vão ao encontro de uma pesquisa sobre prática social⁽¹⁰⁾ na qual se constatou que a enfermeira, na prática diária, tem possibilidades de ajudar na promoção da cidadania, explorando como responder de forma concreta às contradições sociais. Uma das estratégias para exercitar a cidadania pelo idoso é informá-lo sobre leis que lhe asseguram direitos e participe ativamente na conquista de seus direitos.

Destaque-se que na prática as enfermeiras têm, por vezes, desafios arriscados ao incentivar o usuário idoso a exercer seus direitos de cidadania e lutar para minimizar sofrimentos de grupos populacionais que vivem em condições de desigualdade social.

Visita domiciliar Ela é percebida pelas enfermeiras como método ou tecnologia e importante instrumento que estabelece relações de

vínculo e acolhimento, beneficiando famílias e comunidades, tornando-as mais independentes na condução de sua própria vida e saúde⁽¹¹⁾. É também instrumento de intervenção, pois a equipe da ESF pode melhor captar as necessidades das famílias⁽¹²⁾.

É durante a visita que observamos se a casa tem escada, se tem corrimão, orientamos pra que fique na parte de baixo. Se tem tapete, pedimos que retire porque ele pode escorregar e cair [...]; se é a idosa quem cozinha, orientamos o uso da faca com cuidado para não se machucar (E3). Observamos como o idoso é tratado na família, se mora sozinho ou com alguém. Como a família cuida do idoso, preocupa-se com o seu dia a dia, com sua higiene, sua alimentação [...]. (E6)

Não resta dúvida que a visita domiciliar proporciona à enfermeira um bom momento para desenvolver a observação. É quando ela verifica situações do cotidiano, como condições de habitação, interação familiar e estilo de vida, que lhe mostram a rotina do usuário com mais clareza, favorecendo a detecção precoce de necessidades de intervenção. Segundo Ministério da Saúde, visa monitorar a situação de saúde das famílias e permitem identificar os grupos de atendimento prioritário sob critérios epidemiológicos e de situações de risco⁽¹³⁾.

[...] aqueles que têm dificuldade de vir, vamos à casa, lá fazemos o atendimento, orientamos no que for preciso, quando é um caso grave ficamos tratando na casa até conseguir o leito (E5, E3). Vou à casa dos idosos que não se locomovem, [...] levamos nosso material, aparelho de pressão, fita de glicosímetro [...](E8, E9). [...] visitas a gente faz pra quem é acamado [...] a gente vai à casa do deficiente, fico ou mental (E10).

A visita domiciliar é um dos pilares do trabalho na ESF e favorece especialmente usuários idosos, ajudando-os na manutenção ou recuperação do equilíbrio da saúde e prevenção de agravos, bem como no cuidado daqueles mais fragilizados.

Visitas domiciliares são feitas, não com frequência, porque nossa unidade localiza-se em “área vermelha” – com muita violência urbana – o que dificulta nosso trabalho no domicílio. Além disso, temos muita demanda, seja espontânea ou programada na unidade (E4, E6). [...] tem idosos

dentro da minha área que moram sozinhos, não têm filhos, sabemos que dentro da visita mensal são prioridade, mas nem sempre fazemos a visita, depende muito das outras demandas e da violência na área (E12)

Embora as próprias enfermeiras considerem a visita domiciliar como estratégia importante na sua ação profissional, elas encontram dificuldades em realizá-las. E mesmo tentando superar os desafios, a violência urbana tem limitado a realização de tão importante instrumento de trabalho. É na visita domiciliar que se estabelece com os familiares um suporte mais adequado às necessidades específicas de seus membros⁽¹³⁾. Igual situação foi observada num estudo realizado no Rio Grande do Sul, em unidade básica de saúde onde a violência impedia a realização de visita domiciliar e outras atuações da equipe, aterrorizando a população e pondo todos em risco. Por isso as autoras clamaram por ações intersetoriais urgentes e resolutivas, já que o combate à violência transcende o âmbito da saúde⁽¹⁴⁾.

Atenção à família O processo de trabalho na ESF pressupõe mudança de paradigma do modelo assistencial, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem de saúde⁽¹³⁾. O domicílio é o espaço sociocultural natural e pressupõe-se o melhor local para o idoso viver, mantendo seus laços afetivos e desempenhando melhor suas atividades de vida diária. No espaço familiar deste estudo, o cuidador principal está presente e é reconhecido pelas enfermeiras:

A família [...] em geral são as mulheres as cuidadoras. Elas sempre falam a respeito de marido, de filho, de preocupações que elas têm com a família [...] (E5).[...] geralmente são as filhas que ficam em casa, estão sempre ocupadas, nunca podem conversar com o idoso.[...] Eles se sentem abandonados, sempre procuramos chamar a família para conversar, para melhorar o relacionamento (E11).

Observou-se que quando o trabalho ocorre em parceria com a família, ela passa a ser um forte aliado da ESF, principalmente quando o usuário é idoso. A enfermeira passa a estabelecer novas relações, criando vínculo, tendo o familiar como parceiro. Entretanto, a inserção da mulher no mercado de trabalho e a diminuição no tamanho das famílias são fatores que podem implicar alterações na função tradicional da família de apoio e cuidado dos idosos⁽¹⁵⁾. Outro aspecto a ser

destacado é a baixa renda, que leva todos a trabalharem para compor o sustento da família, deixando o idoso muitas vezes sozinho ou acompanhado por crianças. Percebe-se que o elo entre a enfermeira e a família possibilita maior aproximação da real situação sociocultural, facilitando o diálogo e até detecção de eventual negligência.

A facilidade é porque visitamos as famílias, temos acesso às casas, trabalhamos com as famílias cadastradas [...]. Você tem como acompanhar todos esses idosos, tem o prontuário, tem toda a história desses pacientes, sabe quem são os familiares, toda a realidade dele, tanto social como cultural (E3, E7). Eles vêm acompanhados; aqueles que não podem, vem uma pessoa da família com a receita [...]. Tenho o prontuário, converso pra saber como ele está, transcrevo a medicação, oriento a família, faço a visita na casa do idoso (E8). Procuro orientar a família quanto à higiene, alimentação, mas muitas vezes eles não têm recursos, pois moram em cima da água, não têm saneamento, não têm qualidade de vida (E9). A facilidade é a interação com a comunidade, de conversar com as famílias, conseguindo colaboradores para o nosso trabalho (E13).

Existem dificuldades para compatibilizar o que se propõe no trabalho segundo os preceitos da ESF com a realidade encontrada. As enfermeiras referiam facilidade em trabalhar com famílias e boa aceitação, mas limitações pelas precárias condições de vida e de saneamento básico, além do ambiente violento que continua sendo o grande entrave para maior aproximação.

Um dos maiores entraves é a violência na área. Só podemos fazer visitas no horário cedo, até as 10 e com mais de um ACS, de preferência homem. Se a rua estiver agitada não se faz visita. A dificuldade maior é a segurança, para irmos com mais frequência nas casas (E1, E2, E3, E4, E5, E10, E11).

O medo de se expor a risco é constante no cotidiano da enfermeira. Para minimizar a exposição a constantes episódios de violência e sem contar com o apoio dos gestores, a equipe de saúde instituiu como estratégia organizar rede de apoio e proteção na própria comunidade.

Nós, a equipe, é que fizemos reunião com a comunidade. Nessa reunião, chamamos coordenadores de área, o centro comunitário, a polícia. Aí o que ficou decidido entre a gente, para poder trabalhar sem sofrer esse tipo de agressão, foi: a polícia chega de manhã, deixa o número do telefone do policial que está circulando no carro. A qualquer suspeita o acionamos (E10, E6, E7). [...] Mas isso não foi feito pela SESM; ela nada fez para nos proteger, fomos nós (E10, E6,E7).

Os riscos e os enfrentamentos vivenciados por esses profissionais impressionam e preocupam, pois comprometem o desempenho técnico e impedem o desenvolvimento de ações. As enfermeiras tentam fazer a articulação intersetorial dentro de sua governabilidade possível, nunca do modo esperado pela Política de Saúde de Pessoas Idosas⁽¹⁶⁾.

Buscando parcerias para ações integradas O trabalho na ESF dá autonomia para a enfermeira atuar na comunidade, e é com esse trabalho que ela conquista a confiança e o respeito da população, desenvolvendo-se ali uma relação de cumplicidade. Sua atuação consolida-se nas práticas vivenciadas na saúde coletiva, que ao longo do tempo vem, em parceria com outros profissionais, construindo o SUS⁽¹⁷⁾.

Durante a campanha de vacinação, buscamos ajuda da comunidade. Montamos os nossos postos na área de cobertura das equipes, em escolas, centros comunitários para que todos os idosos sejam beneficiados (E6, E7). Às vezes a gente procura o centro comunitário para fazer uma mobilização com os idosos, verificar a pressão, fazer palestra nas associações do bairro, solicitando ajuda (E11, E12). A partir do momento que o idoso chega na unidade e passa mal, atendemos enquanto aguardamos a 192: faz-se todos os procedimentos dentro da possibilidade da nossa unidade. (E6)

Integração com instituições e organizações sociais desenvolvendo parcerias⁽¹⁸⁾ tem sido fundamental para as enfermeiras assegurar a continuidade do trabalho tentando vencer a fragmentação do trabalho.

Se houver necessidade de consulta médica com certa urgência, chamo a médica, ela vem e atende na mesma hora, aqui junto comigo [...]; se o

idoso tem algum problema, o ACS vai à casa ver como ele está, se está melhorando (E9). Embora os agentes de saúde não sejam obrigados a trabalhar assim diretamente na campanha da vacinação [...], pedimos a eles que façam a mobilização de toda a comunidade. (E9, E11)

O trabalho em equipe pode facilitar o enfrentamento de vários entraves que interferem no processo saúde-doença, pois a interdisciplinaridade favorece relações entre as diferentes disciplinas e entre diferentes profissionais, melhorando a intervenção na realidade⁽¹⁹⁾. Dá aos profissionais condições de desenvolver trabalho integrado, dentro de sua governabilidade possível, envolvendo diferentes órgãos, departamentos, divisões, organizações e comunidade e articulando programas de interesse da saúde e construindo redes de assistência.

Já em atuando em ações consolidadas, aquelas relacionadas ao HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) e Programa Nacional de Imunização para Idoso são os únicos programas assumidos pelo município do presente estudo nos quais o idoso está inserido e onde as enfermeiras têm atuação marcante.

Programa com protocolo padronizado do Ministério da Saúde com perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes *mellitus*, na atenção básica de saúde⁽²⁰⁾, o HIPERDIA é desenvolvido em seu formato original, sem qualquer orientação específica dirigida ao idoso. Mesmo assim, ao prestar o cuidado, as enfermeiras se sensibilizam com o tipo de usuário e, de forma intuitiva e criativa, desenvolvem ação diferenciada mais próxima daquele atendimento desejável para o idoso. Convém salientar que durante o atendimento do idoso algumas enfermeiras se preocupavam em conhecer suas queixas para poder encaminhá-lo ao especialista, quando necessário, por meio de referência.

Converso para saber se o idoso toma a medicação, se tem alguma queixa, se há necessidade de especialistas (E5). Se é obeso ou tem outro tipo de problema, se faz o encaminhamento para o serviço de referência. No retorno ele passa por nós na unidade da ESF (E6). Caso precise de outro recurso é feito através da ficha de referência e contrarreferência [...] para a central de marcação. (E3, E9)

Ainda nas ações consolidadas, a participação das enfermeiras na Campanha Nacional de Imunização dos Idosos é exemplar, sabido em todo o território nacional e aqui no contexto deste estudo, conforme os

relatos. A Campanha visa contribuir para a redução da morbimortalidade por influenza e suas complicações, na faixa etária de 60 anos e mais, realização obrigatória anual, com data agendada pelo Ministério da Saúde^(21,22).

A enfermagem é, por excelência, o componente da equipe que mais se empenha para o sucesso da campanha. Neste estudo, as enfermeiras capacitavam sua equipe e juntamente com os ACSs, técnicos e auxiliares de enfermagem, envolviam-se em ações, desde planejamento, divulgação e controle das vacinas, até o resgate dos idosos faltosos.

Estou na coordenação da campanha, [...] aplicamos vacina na unidade e nas casas para os que não podem se locomover (E1, E3, E5, E7, E8, E10, E11, E12, E14). Trabalhamos muito essa questão da vacinação [...], a gente procura resgatar os idosos que não se vacinaram (E2, E3, E4, E5, E11). Quando não se atinge a meta, se faz a intensificação [...] levando vacinas. (E6)

Na campanha da vacinação as enfermeiras encontram rara situação de condições adequadas de trabalho, quando todos os recursos são colocados à disposição para o desempenho das ações específicas.

Observa-se que programas temporários como esse têm eficácia garantida. Contudo, convém destacar a peculiaridade regional do Norte, especificamente do Pará: o período da agenda nacional de campanha de vacinação, que é o mês de abril, não se aplica. Deveria ser antecipada, por ser um período mais chuvoso no Estado, quando os idosos estão mais vulneráveis à gripe. É imprescindível que se pleiteie a consideração dessas peculiaridades regionais no planejamento da agenda nacional de saúde para aumentar a eficácia de imunização dos idosos contra a influenza.

CONCLUSÃO

Em síntese, observa-se que as enfermeiras atuantes no âmbito das unidades de ESF de um distrito do município de Belém têm construído, em seu labor profissional diário, um peculiar “fazer gerontológico”: atuando junto aos usuários idosos e respectivas famílias, mesmo com insuficiente capacitação específica, aplicavam consulta de enfermagem e realizavam visitação domiciliária para atender a família valendo-se dos conhecimentos adquiridos nos bancos universitários.

De posse dos conhecimentos gerais de prática social, elas articulavam parcerias entre a equipe da ESF e os usuários: idosos e

familiares, comunidade e serviços presentes na área adstrita, criando estratégias a cada situação específica para ações integradas de saúde e contornando a fragmentação da assistência, em face dos inúmeros entraves encontrados no trabalho de atendimento aos usuários.

As enfermeiras mostravam-se competentes quando atuando em ações consolidadas como o HIPERDIA e a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, demonstrando que quando recursos e condições estavam disponíveis, seu trabalho era desenvolvido com todo empenho e em harmonia com os usuários e seus colegas da equipe.

Conclui-se, portanto, que apesar de todas as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras em seu processo de trabalho em unidades de ESF, ao construir o fazer gerontológico elas estão gerenciando os cuidados de enfermagem ao usuário idoso e sua família, tema central deduzido do relato de suas percepções.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica; n.19).
3. Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 1110-16.
4. Polaro SHI. Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família [Tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Coimbra: Edições 70; 2009.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo. Hucitec; 2007.
7. PARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenação Estadual Saúde do Idoso. Nota Técnica. Belém: SESPA, 2008.
8. Camacho ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;10(2):229-33.

9. Presidência da República (BR). Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem e dá providências. DOU, Brasília, 1986 jun 26 [acesso em 2010 Jul 12]; Seção I:9.273-75. Disponível em: <http://www.coren-sc.org.br/Empresa2/lei7498.html>.
10. Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social. Rev Latino-am Enfermagem [online]. 2009 nov/dez [acesso em 2010 Jul 5];17(6):988-94. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_10.pdf.
11. Lopes WO, Saube R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saúde. 2008 abr./jun.;7(2):241-7.
12. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (BR); Universidade de São Paulo; Ministério da Saúde (BR). Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 43-46. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135).
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
14. Lima MADS, Ruckert TR, Santos JLG, Colome IES, Acosta AM. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2009 dez.;30(4):625-32.
15. Camarano AA, Ghaouri SK. Famílias com Idosos: ninhos vazios? Texto para discussão (IPEA). 2003 abr.; 950.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. DOFC; Seção I; Col. 2:142, Brasília, 20 out 2006 [acesso em 2010 jul 12]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
17. Marques D, Silva EM. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? Rev Bras Enferm. 2004 set./out.;57(5):545-50.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde, v. 4).
19. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a

consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007 mar/abr;12(2):455-64.

20. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Cadernos de atenção Básica, 7).
21. Ministério da Saúde (BR). Informe Técnico 12ª Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. Brasília: MS; 2010.
22. Ministério da Saúde (BR). Informe técnico 10ª campanha contra influenza: de 22 de abril a 09 de maio de 2008. Bahia: MS; 2008.

4.2 ARTIGO 2. ENFERMEIRAS GERENCIANDO PROBLEMAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO DO IDOSO

Artigo a ser submetido à **Revista Enfermagem UERJ** conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo B).

**ENFERMEIRAS GERENCIANDO PROBLEMAS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO DO
IDOSO 1**
**NURSES MANAGING PROBLEMS AT THE FAMILY HEALTH
PROGRAM FOR THE ELDERLY CARE**
**ENFERMERAS GERENCIANDO PROBLEMAS EN EL
PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA PARA EL CUIDADO
DEL ANCIANO**

Sandra Helena Isse Polaro²
Lúcia Hisako Takase Gonçalves³
Angela Maria Alvarez⁴

Endereço para correspondência:

Sandra Helena Isse Polaro

Endereço: Universidade Federal do Pará, Praça Camilo Salgado, nº 01,
Umarizal - CEP: 66055-090 - Belém, PA – Brasil

1 O presente estudo é parte integrante da pesquisa intitulada GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE FAMÍLIA. Tese de Doutorado desenvolvida Doutoranda Interinstitucional – DINTER/UFPA/UFSC/CAPES. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 036/09.

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Doutorado Interinstitucional – DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: shpolaro@ufpa.br.

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EESP/USP. Prof^a aposentada participante do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). Florianópolis/SC. Itakase@brturbo.com.br.

4 Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo PEN/UFSC. Prof^a do PEN/UFSC. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC). Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). alvarez@ccs.ufsc.br.

A ENFERMEIRA GERENCIANDO PROBLEMAS ESTRUTURAIS E ORGANIZACIONAIS NA ESF PARA O CUIDADO DO USUÁRIO IDOSO

RESUMO: Artigo extraído de pesquisa qualitativo-descritiva cujo objetivo era: Conhecer a percepção das enfermeiras da ESF sobre contexto de sua atuação, condições de trabalho e conhecimentos técnico-científicos que lhes possibilitam atender as necessidades do idoso e sua família. Os dados coletados entre 08/2009 e 02/2010 por entrevista com 14 enfermeiras que atuavam nas unidades de ESF do Distrito DAGUA, Belém, PA, foram ratados pelo método de análise de conteúdo de Bardin fazendo emergir um dos temas: **Gerenciando problemas**, descrito no presente artigo. Os entraves e barreiras que as enfermeiras enfrentam relacionam-se com questões socioeconômicas e culturais, falta de capacitação gerontogeriátrica, escassez de programas para idosos, resultando na fragmentação da assistência e trazendo insatisfação no trabalho. Contudo, as enfermeiras gerenciam os problemas com os seus poucos recursos, valendo-se de criatividade e intuição, de conhecimentos gerais de enfermagem e da prática da cidadania de relações para ajudar os usuários idosos e família.

Descritores: Enfermeira; Idoso; Família; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT: Article extracted from a qualitative-descriptive study whose objective was: Understanding the FHS nurses perceptions about the context of their performances, working conditions and technical-scientific knowledge that enable them to meet the needs of the elders and their families. Data were collected between August, 2009 and February, 2010 by interviewing 14 nurses working at the FHS units in the District of DAGUA, Belém, PA. Data were processed through Bardin's content analysis method, and it developed the following topic: **Managing problems**, that is described in this article. The nurses face obstacles and barriers that are related to socioeconomic and cultural issues, lack of gerontogeriatric training, scarcity of programs to the elder resulting in care fragmentation and provoking job dissatisfaction. However, nurses manage the problems with meager resources, using their creativity and intuition, nursing general knowledge and the practice of citizenship in relations, in order to help the elders and their families.

Key words: Nurse; Elder; Family; Family Health Program.

RESUMEN: Artículo extraído de una investigación cualitativa-descriptiva cuyo objetivo era: Conocer la percepción de las enfermeras del PSF sobre el contexto de sus actuaciones, condiciones de trabajo y conocimientos técnicos-científicos que les posibilitan atender las necesidades del anciano y su familia. Los datos fueron obtenidos entre Agosto del 2009 y Febrero del 2010 a través de entrevista con 14 enfermeras que actuaban en las unidades de PSF del Distrito DAGUA, en Belém, PA. Los datos, que fueron analizados con el método de análisis de contenido de Bardin, hicieron surgir uno de los temas: **Gerenciando problemas**, descrito en el presente artículo. Los obstáculos y barreras que las enfermeras enfrentan están relacionados con asuntos culturales y socioeconómicos, falta de capacitación gerontogeriatrica, escasez de programas para ancianos, resultando en la fragmentación de la asistencia y trayendo insatisfacción en el trabajo. Sin embargo, las enfermeras administran los problemas con sus escasos recursos, valiéndose de la creatividad e intuición, de conocimientos generales en enfermería, práctica de la ciudadanía de relaciones para ayudar a los usuarios ancianos y sus familias.

Descriptorios: Enfermera; Anciano; Familia; Programa de Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas de saúde orientam-se desde 1988 pela Constituição Federal com os seus princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional. O SUS compreende um conjunto de ações e serviços cuja finalidade é promover a saúde e garantir o acesso de pessoas a uma assistência integral e equitativa. Em 1994 o Ministério da Saúde implanta o Programa de Saúde da Família (PSF), transformando-o em 1996 em Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹ com vistas a ser a porta de entrada do SUS.

Em sua proposta de trabalho a ESF contempla a interdisciplinaridade, a valorização dos diversos saberes e práticas, a territorialização, a intersetorialidade, o estímulo à comunidade a participar ativamente no controle social, o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas². Nesse sentido, impõem-se a

reorganização do processo de trabalho e a relação entre profissionais e usuários. É importante destacar, ainda, que a ESF tem na família o foco de atenção com criação de vínculo entre profissionais, usuários e comunidade.

Apesar de todos os esforços para avanço e consolidação do SUS, garantir atendimento integral e qualidade de atenção às populações continua sendo um grande desafio para os governantes, gestores e sobretudo aos profissionais.

Por isso, o presente artigo propõe apresentar as barreiras contextuais e os problemas organizacional e estrutural que dificultam as ações de cuidar pelas enfermeiras nas unidades de ESF, no atendimento do usuário idoso e sua família. É parte de um, estudo de tese de doutoramento³ cujo objetivo geral foi: Conhecer a percepção das enfermeiras da ESF sobre o contexto de sua atuação, as condições de trabalho e conhecimentos técnico-científicos que lhes possibilitam atender as necessidades de saúde do idoso e sua família em âmbito doméstico e comunitário.

SUPORTE CONCEITUAL

O referencial interpretativo foi baseado nos princípios que fundamentam a ESF e nos preceitos do processo de trabalho da enfermagem na atenção básica.

Nas últimas décadas do século XX, o processo de trabalho em saúde, especificamente da enfermeira, vem sofrendo profundas transformações à partir da incorporação do modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. O conceito ampliado de saúde, caracterizado por mudanças socioeconômicas, políticas e demográficas, exige respostas imediatas na organização de serviços, enquanto avanço alcançado com a criação do SUS, estimulando integração e articulação de serviços em rede com mudanças significativas no processo de trabalho em saúde, principalmente no que tange à autonomia, inclusive na ESF. Nesse novo modelo assistencial, a eficiência e a eficácia da produção em saúde exige dos gestores preparo, vontade política, capacidade de criar estratégias para enfrentar as dificuldades cotidianas institucionais e atender as demandas da comunidade adstrita.

As unidades de ESF devem estar vinculadas à rede de serviços, trabalhando de forma organizada, integrada, com vistas à atenção integral ao usuário e família⁴. Entretanto, para que o trabalho prestado gere os resultados esperados e satisfação, deve ser desenvolvido de

forma organizada em adequadas condições ambientais e estruturais⁵. A organização eficaz do trabalho deve estar pautada não só no conjunto das atividades laborais, mas também nas relações de trabalho, que surgem de relações sociais de produção, as quais constituem a interação entre os diferentes agentes sociais⁵. Tendo em vista que a enfermagem tem um papel socioprodutivo relevante e um saber e agir específicos, também constrói seu processo de trabalho com maior autonomia e criatividade na ESF guiado por seus princípios.

Por sua concepção, o modelo oportuniza aos profissionais da atenção básica, especificamente da ESF, maior autonomia no desenvolvimento de suas atividades: de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações necessárias aos usuários e à comunidade em geral.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativo-descritiva com adoção da técnica de entrevista aberta para obtenção de dados, seguiu o método de análise de conteúdo de Bardin⁶ para o tratamento dos dados, valendo-se ainda da técnica de análise temática ou categorial^{6,7}.

O estudo foi desenvolvido em seis Unidades de Saúde da Família do Distrito Administrativo DAGUA do município de Belém, área que concentra maior número de habitantes de baixa renda e presença de violência urbana. Belém, por sua vez, é capital da Região Norte com maior população, tendo a taxa de idosos de 7,6% na população geral⁸.

A amostra foi composta de 14 enfermeiras, todas atuando nas referidas unidades por ocasião do levantamento de dados, a mais jovem com 27 anos e a mais idosa com 64 anos. Doze delas tinham feito curso de especialização, oito em Saúde Pública ou Saúde da Família e as demais na área hospitalar. Doze começaram a trabalhar em saúde da família na primeira década de 2000 e duas na década de 90. Dez colaram grau na década de 90 e quatro na primeira década de 2000.

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2009 e fevereiro 2010, após aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que, assinado em duas vias, uma foi para o arquivo da pesquisadora principal, outra para a participante, com o propósito de oferecer as informações necessárias, garantir o anonimato dos participantes e manter o sigilo das informações. O projeto seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas éticas de pesquisa com seres humanos. Submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa

Catarina, foi aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob nº 036/09.

RESULTADO E DISCUSSÃO

No que diz respeito ao atendimento integral com foco na família, constatou-se nos temas analisados³ que o ideal ainda não pode ser viabilizado. Um dos temas, **gerenciando problemas**, matéria desse artigo, envolve questões administrativas que as enfermeiras enfrentam no cotidiano de seu trabalho na ESF, derivados dos subtemas: problema organizacional, problema estrutural e barreiras contextuais no processo de trabalho da enfermagem.

Problema Organizacional no processo de trabalho da enfermagem, relacionado às dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras no cotidiano laboral, refere-se à descontinuidade do cuidado dos usuários idosos, em relação ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, como: dificuldade em conseguir consulta de especialistas, exames diagnósticos especializados e internação hospitalar. Destaca-se também a inexistência de capacitação em gerontogeriatria da equipe para atender a população idosa.

A reorganização do trabalho emerge como a principal questão a ser enfrentada no gerenciamento do cuidado, pois revela desarticulação e desintegração existente entre os níveis de atenção à saúde.

Conseguir consulta? a demora depende da especialidade: oftalmologia, dermatologia e endocrinologia, leva 20 dias [...] gastroenterologia, 45 a 70 dias, cardiologia, 30 e 60 dias; neurologista, ortopedista e mastologista é muito difícil [...] mastologista, nem temos mais cota, tiraram da ESF, só tem cota para UMS (E2, E6)

Outro problema enfrentado pelas enfermeiras é a questão das cotas. Geralmente essa cota fica muito aquém da demanda. A longa espera por consultas em especialidades é fato cuja solução foge do alcance das enfermeiras que a preocupa muito, além do estresse advindo das cobranças do usuário e da família, gerando insatisfação por não poder agilizar e nem dar continuidade ao tratamento.

É comum idoso queixar de dores, precisar de ortopedista, o encaminhamento fica difícil, há tempo não tem marcação de consulta e o idoso

*fica se queixando das mesmas coisas sempre e sem saber o que fazer. (E3, E11)
A demora para que se consiga um agendamento não depende da gente (E4)*

Semelhante situação foi constatada em pesquisa⁹ que avaliou a acessibilidade de serviços de saúde em município de médio porte da Bahia, como também noutra realizada em unidades da Regional do Distrito Federal¹⁰.

Diante da demora e da necessidade urgente de atendimento, as enfermeiras tentam agilizar a solução de problema, buscando ajuda usando a “cidadania relacional”, valendo-se de amizades entre pares de diferentes serviços para conseguir atendimento e minimizar o sofrimento do usuário.

*Quando há maior urgência a gente busca apoio da UMS, liga para o chefe da unidade; mesmo assim, consulta especializada é demorada. (E5)
Quando vejo que o idoso não tem como esperar, ligo para o diretor da UMS, ou vou até a unidade até para ele pegar um encaminhamento. Cada dia, fica pior e eu não posso fazer nada. O que eu já consegui foi arrumar consulta, agora exame eu não consigo. (E8)*

Quando o idoso finalmente consegue atendimento, surge outro problema: a falta de procedimento de contrarreferência que dificulta ainda mais a continuidade do tratamento.

A referência vai, mas não volta a contrarreferência. Sempre é o paciente que informa, na maioria das vezes ele nem sabem contar o que aconteceu. Então como o SUS está funcionando? Eu e a médica fazemos nossa parte, mas não temos retorno. (E2, E4, E7).

Os depoimentos mostram a ausência de comunicação e articulação entre as equipes da ESF e delas com as equipes de outros níveis, fragmentando a assistência. Outros estudos^{11,12} também encontraram problema similar, onde o efetivo sistema de referência e contrarreferência não funciona nos municípios estudados, fator dificultador da integração dos serviços.

A essa dificuldade se soma o agravamento do estado de saúde do idoso que passa a ser acompanhado pela equipe de saúde da ESF, mas

sem as condições que a situação requer.

Internação? É essa a nossa dificuldade, a unidade de saúde da família não é cadastrada na central de leito. Encaminhamos para o Pronto Socorro, quando é caso grave a gente vai fazendo a nossa parte, cuidamos o idoso em casa como pode até conseguir o leito, que demora em média 15 dias. (E3)

Os discursos revelam que o maior entrave para o atendimento do idoso é a ausência de apoio dos serviços de retaguarda, fato que constringe as enfermeiras perante a comunidade e as faz sentirem-se perdidas no seu trabalho.

Nós enfermeiras do PSF ficamos perdidas, dizem que o idoso é para ter uma atenção integral, mas como? Você faz visita,, observa necessidades, faz encaminhamentos, mas não tem retorno, eu fico até com vergonha das pessoas. Para se fazer o atendimento nosso maior problema são as especialidades e a hospitalização. (E2, E6)

E preciso ampliar a cobertura da ESF, que está em 30% no município e 22% no Distrito pesquisado, o que significa que a maioria da população fica sem acesso de atenção à saúde. Semelhantemente uma pesquisa realizada em quatro capitais brasileiras sobre ESF detectou que, além da necessidade de organização dos fluxos e integração da rede, a garantia de atenção integral depende da oferta dos procedimentos especializados¹³.

Tal realidade atual, a alternativa parece ser a busca por outros caminhos que incluam o usuário nos serviços de que necessita com vistas a desatar os nós críticos geradores de conflitos interpessoais entre a equipe e os usuários, famílias e comunidade. As práticas tentativas das enfermeiras estudadas, quando buscam ajuda em sua rede de relações, de forma informal, não deixa de ser um caminho, como um autor¹⁴ assevera: *este nível de atenção à saúde pode ser de baixa tecnologia, mas jamais de baixa complexidade e impacto*. Impacto este que, infelizmente, nem sempre é positivo, tanto para quem pratica, principalmente quando sente insegurança por falta de conhecimentos, como para quem recebe a ação. Das catorze enfermeiras que atuavam no Distrito estudado, somente uma referiu ter recebido capacitação para atuar com idoso.

Pesquisa com gestores de Santos sobre a formação dos

profissionais que atuam como o idoso ¹⁵ demonstrou que os gestores reconheceram a necessidade de formação em caráter permanente, considerando as peculiaridades do processo do envelhecimento, denotando o significativo desinvestimento na política de educação permanente.

Quanto ao **Problema Estrutural**, o processo de trabalho das enfermeiras sofre as conseqüências da omissão dos órgãos gestores em implementar programas para o idoso, incluindo a falta de infraestrutura mínima nas unidades.

As enfermeiras não se isentam de atender o idoso. O que elas não podem fazer é o que ultrapassa sua governabilidade, desmotivando-as. Os depoimentos em tom de desabafo revelam sentimentos de desvalia pela falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde, seja por falta de implementação do serviço de infraestrutura ou provimento de equipamentos básicos para desenvolver com qualidade as ações de cuidado ao usuário idoso e família.

*Não temos apoio da SESMA (nível central), ultimamente não recebemos nada. A gente está trabalhando assim: eles só têm feito cobrança de atendimentos no HIPERDIA, atuando junto com a gente eles não estão (E1, E4, E5, E9, E11, E13).
Infelizmente, me sinto um zero à esquerda, muita coisa gostaria de fazer, não posso por falta de apoio. Necessidades? Toda hora batem na minha porta, infelizmente não temos condições, não temos infraestrutura para fazer qualquer tipo de atividade (E1, E2, E8, E9).*

Não é de estranhar que a equipe se sinta insatisfeita e indignada com tais condições de trabalho, quando se depara com o sofrimento do usuário, como é o caso da falta de medicação, outro fator complicador na continuidade do cuidado.

*A questão da medicação é a quantidade que vem não dá pra todos (E1, E3).
Eles vêm para a consulta e não tem medicamento na unidade. Eles não têm dinheiro pra comprar, então que adianta ele se consultar? (E4, E14)
A ausência de investimento do município faz com que as enfermeiras deixem de realizar atividades que poderiam ser feitas na ESF interferindo na resolutividade da assistência local.*

A questão do combustível para deslocamento nas ilhas ribeirinhas onde vivem famílias necessitadas (E8, E13)

As adversidades enfrentadas no cotidiano pelas enfermeiras, tanto com relação ao ambiente interno como externo das unidades, impossibilitando o desenvolvimento de seu trabalho são muitas e de consequências danosas, tanto para elas como para os usuários. Além de o espaço interno das unidades de saúde ser inadequado, sem rampa e escadas perigosas, dificultando o acesso do idoso aos consultórios.

Aqui falta espaço, área sem escolas, centro comunitário, o espaço para trabalhar é só na nossa unidade que não tem espaço adequado para atividades com idosos (E1, E2, E4, E5)

O funcionamento das unidades da ESF é prejudicado porque as equipes estão quase sempre incompletas, dificultando a ação das enfermeiras.

No momento estou atuando sem médico na minha equipe. Na verdade, aqui a gente não consegue fazer um bom trabalho por não ter equipe formada, completa (E1, E5, E6, E12, E13)

A concepção de que a saúde está atrelada ao meio ambiente faz com que a enfermeira reflita sobre seu modo de promover a saúde.

A gente faz visita domiciliar e pelas brechas do tablado, está se vendo as fezes passar. Sem saneamento, se faz aquilo que se pode fazer, foge do nosso alcance. Como promover saúde sem saneamento básico? (E7, E9)

Barreiras contextuais é algo que as enfermeiras não conseguem vencer em seu cotidiano. Muitas são obstáculos que elas enfrentam no trabalho e relacionadas principalmente com problemas de ordem socioeconômica e cultural.

A cultura alimentar dos paraenses constitui um nó para as enfermeiras no atendimento dos usuários, sobretudo dos idosos, que valoriza o consumo do açaí como uma alimentação essencial acompanhando a refeição diária. A *crendice popular* é uma barreira que inviabiliza o tratamento anti-hipertensivo, porque quando se consome o açaí com comida salgada o resultado é ineficaz, e os usuários atribuem

ao remédio e não ao sal da comida que insistem em não suprimir ou diminuir.

Infelizmente eles têm muita credence popular e atrapalha o nosso trabalho, é o caso do açaí que tem muito valor cultural, o açaí é comido com comida salgada, e se toma o açaí não toma o remédio da pressão e aí, eles voltam aqui com a pressão alta, (E6, E7, E13)

As falas das enfermeiras evidenciaram que o idoso só absorve orientações que lhe dão prazer, e retirar o complemento de alimentação salgada do açaí lhe causa desprazer, e portanto prefere não usar o medicamento.

Ao idoso que chega à unidade de saúde, o que orientamos para ele seguir, ele faz: exames, vacina, mas não o consumo do açaí com comida menos salgada junto com o anti-hipertensivo (E6, E4)

Segundo as enfermeiras os idosos atendidos na área adstrita são aqueles que sustentam a família com sua aposentadoria ou pensão, muitas vezes a única renda familiar. Tal situação é vista como fator complicador na assistência ao idoso, pois não lhes resta dinheiro para o custeio de sua medicação e de outras necessidades essenciais. Conviver com essa realidade social, é muito complexo, dizem as enfermeiras e questionam: como promover a saúde de quem vive em tais condições?

Eles mesmos deixam de comprar remédio pra comprar alimentação, porque são arrimo de família, eles (familiares) são sustentados mesmo pela aposentadoria dos idosos. Tem quem viva com 6, 7 pessoas na casa com aposentadoria do idoso, E1, E2 E4, E6, E10).

Como os idosos são de baixa renda, as enfermeiras notavam dificuldades para indicar participar de atividades físicas porque o município não oferece tais programas.

Alguns idosos participam de grupos de idosos lá no iate clube onde eles fazem hidroginástica. Orientamos para que eles participem, a mensalidade é barata, custa R\$30,00, e quem pode faz (E2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de conhecer o cotidiano do trabalho das enfermeiras da ESF no atendimento do idoso colocou em evidência os desafios que elas enfrentam. Gerenciam problemas estruturais e organizacionais nas unidades de ESF em meio a fragmentação da assistência, seja por escassez de serviços, seja por deficiência de capacitação específica para cuidar do idoso. Contudo, percebe-se o papel articulador das enfermeiras com outras unidades pares para encontrar soluções possíveis, a cada caso que surge no seu cotidiano laboral.

A realidade da população idosa adstrita no que se refere aos serviços ofertados pelas unidades de saúde prevalece ainda o atendimento centrado na doença. É o caso do programa HIPERDIA, por exemplo, autoriza-nos a afirmar que mesmo estando a Política de Saúde da Pessoa Idosa inserida na pactuação tripartite, o idoso não é tido como prioridade na ESF, o que faz perpetuar o antigo modelo biomédico de atenção centrada na relação queixa-conduta.

Chama a atenção o fato de que embora a pesquisa tenha sido feita em um único Distrito de Saúde formado de diferentes bairros, os problemas e barreiras referidos pelas enfermeiras são, o que pode servir de subsídio para a reorganização da assistência por parte do Gestor Municipal.

Assim, conclui-se que, apesar de todos os problemas enfrentados no seu processo de trabalho no contexto pesquisado, as enfermeiras estão **gerenciando os cuidados de enfermagem ao usuário idoso e sua família**, dentro das limitações que lhes são impostas, criando estratégias a cada situação específica e contornando a fragmentação das ações nas unidades da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde, v. 4).

3. Polaro SHI. Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família [Tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
4. MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E; (Org.). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: Ed UFPE, 2004, p. 45-76.
5. PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-25, 2004.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Coimbra: Edições 70; 2009.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo. Hucitec; 2007.
8. PARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenação Estadual Saúde do Idoso. **Nota Técnica**. Belém: SESPA, 2008.
9. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública. 2010 abr.;26(4):725-37.
10. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev Bras Enferm. 2009 maio/jun;62(3):424-9.
11. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública. 2010 abr.;26(4):725-37.
12. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev Bras Enferm. 2009 maio/jun;62(3):424-9.
13. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saúde Pública. 2010 fev;26(2):286-98.
14. Pires VMMM, Rodrigues,VP, Nascimento MAA. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da família. Rev. Enferm. UERJ, 2010 out/dez; 18(4):622-7.
15. Biz MCP, Maia JA. Educação permanente na atenção à saúde de idosos. Rev Kairós, 2007 dez [acesso em 2010 Jul 5];10(2):123-34. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2594/1648>.

4.3 ARTIGO 3 - ENFERMEIRAS DESAFIANDO A VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DE ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Artigo a ser submetido à **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo C). A Carta de Solicitação de Publicação e Declaração de Responsabilidade (Apêndice C), Declaração de Transferência de Direitos Autorais (Apêndice D) e Declaração de Conflitos de Interesse (Apêndice E)

ENFERMEIRAS DESAFIANDO A VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DE ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ¹

NURSES CHALLENGING VIOLENCE IN THE PERFORMANCE AREA OF FAMILY HEALTH PROGRAM

ENFERMERAS DESAFIANDO A LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DEL PROGRAMA DE LA SALUD DE LA FAMILIA

Sandra Helena Isse Polaro²
Lúcia Hisako Takase Gonçalves³
Angela Maria Alvarez⁴

Endereço para correspondência:

Sandra Helena Isse Polaro

Endereço: Universidade Federal do Pará, Praça Camilo Salgado, nº 01, Umarizal, CEP: 66055-090 - Belem, PA – Brasil

¹ O presente estudo é parte integrante da pesquisa intitulada GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE FAMÍLIA. Tese de Doutorado desenvolvida em Doutorado Interinstitucional – DINTER/UFPA/UFSC/CAPES. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 036/09.

² Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Doutorado Interinstitucional – DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: shpolaro@ufpa.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EESP/USP. Profª participante do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). Florianópolis/SC. ltakase@brturbo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo PEN/UFSC. Profª do PEN/UFSC. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC). Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). alvarez@ccs.ufsc.br

ENFERMEIRAS DESAFIANDO A VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DE ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO: Artigo extraído de uma pesquisa qualitativo-descritiva cujo objetivo era: Conhecer a percepção das enfermeiras da ESF sobre contexto de sua atuação, condições de trabalho e conhecimentos tecnicocientíficos que lhes possibilitam, ou não, atender as necessidades do idoso e sua família cuidadora em âmbito doméstico e comunitário. Os dados foram coletados entre 08/2009 e 02/2010, por meio de entrevista aberta com quatorze enfermeiras que atuavam nas unidades de ESF do Distrito Administrativo DAGUA, Belém, PA. O método de análise dos dados foi a análise de conteúdo de Bardin. Entre os temas emergidos, destaca-se **Desafiando a violência**, evidenciando a **violência territorial e intrafamiliar** como principal entrave no trabalho cotidiano das enfermeiras na ESF. No dizer das enfermeiras, é preciso que os gestores municipais e estaduais conjuguem esforços intersetoriais para minimizar a violência e propiciar um ambiente favorável para que profissionais da ESF possam continuar prestando seu atendimento a famílias e comunidades.

Descritores: Violência, Enfermeira; Programa de Saúde da Família; Idoso; Visita Domiciliar.

NURSES CHALLENGING VIOLENCE IN THE PERFORMANCE AREA OF FAMILY HEALTH PROGRAM

ABSTRACT: Article extracted from a qualitative-descriptive research whose goal was: investigating and analyzing FHP (Family Health Program) nurses' perceptions about the context of their performances, working conditions, technical knowledge enabling them to meet the elder health needs and his family caregiver, at home and within the community. Data have been collected between August, 2009 and February, 2010 through interview with 14 nurses working at the FPS of DAGUA District, Belém, PA, Brazil. Data processing has been performed by Bardin's content analysis method. Among the emerged themes, it stands out "Challenging the violence" and the sub-themes: intrafamily and territorial violence, as the main obstacles for FHP nurses daily work and making them work in a lonely way. According to the nurses: it is necessary municipal and state health administrators combine intersector efforts to minimize violence and foster a favorable

environment, and so, FHP professionals may continue offering their assistance for families and communities.

Descriptors: Violence; Nurse; Family Health Program; Aged; Home visitation.

ENFERMERAS DESAFIANDO A LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DEL PROGRAMA DE LA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN Artículo extraído de investigación cualitativa-descriptiva cuyo objetivo era: conocer la percepción de las enfermeras del PSF sobre el contexto de sus actuaciones, condiciones de trabajo y conocimientos técnicos que las ayudan para atender las necesidades del anciano y su familia en el ámbito doméstico y comunitario. Los datos fueron obtenidos entre 08/2009 y 02/ 2010, por medio de entrevista con catorce enfermeras que actuaban en el PSF del Distrito DAGUA, Belém, PA, Brasil. El método de análisis de los datos fue el de análisis de contenido de Bardin. Entre los temas que aparecieron, se destacan: **Desafiando a la violencia**, evidenciando la **violencia territorial e intrafamiliar** como principal escollo en el trabajo cotidiano de las enfermeras. Según ellas, es preciso que los gestores municipales y estatales conjuguen esfuerzos intersectoriales para minimizar la violencia y propiciar un ambiente favorable para que los profesionales de la PSF puedan continuar atendiendo familias y comunidades.

Descritores: Enfermera; Violencia; Programa de Salud para la Familia; Anciano; Visita domiciliar.

INTRODUÇÃO

A enfermagem, que integra o grupo de profissões da área da saúde, há décadas vem buscando demarcar seu território no campo acadêmico, laboral e social. Enquanto profissão pautada em conhecimento técnico-científico, ingressa no período moderno fortalecida por teorias próprias e num campo de saber específico, cuja ação profissional vai além do ato de cuidar, no sentido estrito. O processo de cuidar exige estar articulado com o processo de educar aberto aos aspectos de proteção social, pois a ação da enfermeira está voltada para o ser humano desde a vida intrauterina e seu nascimento,

prossequindo com cuidados à saúde em todas as fases da vida, até a morte.

Como o objeto de cuidado de enfermagem é a tríade indivíduo, família/ grupo e coletividade, não se pode perder de vista a importância da interdisciplinaridade para a busca de atenção de qualidade, daí a necessidade de a enfermagem avançar na construção de seu corpo específico de conhecimento com bases técnico-científicas, formulando e aprofundando suas concepções teóricas. No Brasil, com o advento do SUS (Sistema Único de Saúde), a participação da enfermeira e de sua equipe tornou-se essencial em todos os níveis de atenção, do indivíduo à coletividade, da menor à maior complexidade.

O SUS foi criado com o propósito de reafirmar a saúde como direito universal e fundamental do ser humano, com a compreensão de que saúde é vida com qualidade, e ambas as condições estão vinculadas aos direitos humanos. É clara a extensão da importância de sua efetivação enquanto política em todo o território nacional, embora nosso Brasil seja uma mescla de muitos brasis, com múltiplas peculiaridades e especificidades regionais. Apesar de ser política avançada em seus preceitos, objetivos, metas e perspectivas, a operacionalização do SUS nos diversos níveis de atenção à saúde das populações ainda peca por várias razões. Por exemplo: compromissos indefinidos, principalmente da gestão municipal de saúde, com pouca ou nenhuma articulação dos serviços de média e alta complexidade com as equipes de atenção básica, além da deficitária integração intersetorial. Essas questões levam à fragmentação da assistência, ameaçando sua implementação em muitos aspectos.

Então, devido aos desafios impostos aos governantes das diferentes esferas e aos gestores de saúde em face das barreiras e ameaças sobre a efetivação e o fortalecimento do SUS, em março de 2006 o Ministério da Saúde promoveu discussão sobre as dificuldades enfrentadas. Tal discussão trouxe como consequência um acordo tripartite denominado Pacto pela Saúde, do qual fazem parte o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Gestão do SUS, que criou a Política da Atenção Básica/PAB. Esse é um dado importante no que diz respeito à perspectiva do SUS de romper com o paradigma tradicional, ainda presente nos dias atuais, de priorizar somente a prevenção de doenças e agravos, e elege o Programa da Saúde da Família como Estratégia para a porta de entrada do SUS.

Destaque-se que a consolidação do Programa em questão é uma dentre as prioridades do Pacto pela Vida. Outra prioridade é a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.¹

Contudo, a real efetivação e o fortalecimento da ESF (Estratégia de Saúde da Família) como carro chefe do SUS continua sendo o grande desafio para os gestores municipais. A compreensão da existência de barreiras, com suas distintas características regionais, que interferem na estruturação, organização e operacionalização de ações profissionais, impõe aos membros da equipe da ESF contar com um gestor atuante, proativo e capaz de ampliar as possibilidades de prestação de serviços de qualidade, além de criar melhores condições de trabalho. Esta é a realidade.

Se de um lado o SUS, que apóia as diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, amplia as possibilidades de implementar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹, sua operacionalização constitui-se em agravante pela falta de preparo e capacitação em geral das equipes atuais de ESF e a não implementação efetiva de programas de atenção ao idoso em muitas municipalidades, embora os usuários idosos sejam presença constante nas áreas de adstrição das unidades de ESF.

A atenção básica de saúde desenvolvida nas unidades de ESF vem sendo prestada pelas enfermeiras de maneira mais efetiva em seus cuidados aos usuários, incluindo idosos e respectivas famílias. Entretanto, para realizar tal assistência, as enfermeiras, atuantes atualmente em muitos contextos, no cotidiano de seu trabalho enfrentam desafios quase intransponíveis, como a violência.

Fenômeno complexo que vem assolando a sociedade e tem representado uma ameaça para o indivíduo, a família e a coletividade em geral, a violência é declarada mundialmente como questão social e de saúde pública². A violência não se apresenta de modo uniforme³ ao longo dos tempos. Na era contemporânea, os estudiosos a veem como um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, cujo lócus é a vida em sociedade. Nesse sentido, a violência está relacionada com problemas políticos, econômicos, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais, seja no plano coletivo ou individual.⁴ Converte-se em problema de saúde pública quando compromete a saúde do indivíduo e da coletividade, demandando ações intersetoriais e formulação de políticas públicas específicas.⁵

O presente artigo propõe apresentar e analisar os enfrentamentos, dificuldades e vulnerabilidades consideradas entaves percebidos pelas enfermeiras no atendimento do usuário idoso e sua família, no âmbito de ESF, explorando o tema “desafiando a violência e subtemas que o compõem: violência territorial e violência intrafamiliar”. É parte de uma pesquisa realizada com enfermeiras atuantes na ESF do Distrito

Administrativo DAGUA, Belém-PA, estudo de tese de doutoramento⁶ cujo objetivo geral foi: Conhecer e analisar a percepção das enfermeiras da ESF sobre o contexto de sua atuação, as condições de trabalho e conhecimentos técnico-científicos que lhes possibilitam, ou não, atender as necessidades de saúde do idoso e sua família cuidadora em âmbito doméstico e comunitário.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativo-descritiva com adoção da técnica de entrevista aberta para obter os dados. O método de análise de conteúdo de Bardin⁷ foi usado para o tratamento dos dados valendo-se ainda da técnica de análise temática ou categorial^{7,8}. O referencial interpretativo foi baseado nos princípios que fundamentam a ESF e nos preceitos básicos do cuidado de enfermagem gerontogerátrica.

A adoção da abordagem qualitativa se justifica aqui por propiciar o conhecimento das representações do sujeito por meio de seu relato, permitindo que o pesquisador se aproxime mais da realidade dos atores sociais, de vez que ela engloba o universo das percepções, significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionados ao processo das relações humanas que não podem ser quantificados⁸.

O estudo foi desenvolvido em seis Unidades de Saúde da Família do Distrito Administrativo DAGUA, município de Belém, o qual representa a área que concentra maior número de habitantes de baixa renda e prevalência de violência urbana. Belém é capital da Região Norte com maior população, cuja taxa de idosos é de 7,6%.⁹

A amostra foi composta de 14 enfermeiras, todas que atuavam nas referidas unidades por ocasião da coleta de dados, a mais jovem com 27 anos de idade e a mais idosa com 64 anos. Doze delas tinham feito curso de especialização, oito em Saúde Pública ou Saúde da Família e as demais na área hospitalar. Doze começaram a trabalhar em saúde da família na primeira década de 2000 e duas na década de 90. Dez colaram grau na década de 90 e quatro na primeira década de 2000.

A coleta dos dados ocorreu no período entre agosto de 2009 e fevereiro 2010, após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que, assinado, teve uma cópia arquivada pela pesquisadora principal e outra entregue à própria participante com o propósito de oferecer as informações necessárias quanto ao projeto, como também a garantia de manutenção do sigilo da identidade da participante e das informações fornecidas. Para participar

da pesquisa as enfermeiras foram esclarecidas quanto ao objetivo e a metodologia da proposta, bem como o seu direito de acessar os dados ou desistir dela a qualquer momento, se desejassem. O projeto seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas éticas de pesquisa com seres humanos. Submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, foi aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob nº 036/09.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O estudo do tema **desafiando a violência** retrata quão impactante é a violência no processo de trabalho das enfermeiras na ESF, sobretudo quando atende o usuário idoso e sua família. Em seu cotidiano, elas usam de recursos possíveis encontrados na comunidade aliados à sua capacidade criativa para dar encaminhamento às questões com que se deparam, e assim vão desafiando e enfrentando os entraves encontrados e **gerenciando o cuidado de enfermagem**, fato observado que lhe foi atribuído aqui como o tema central da análise.

Ao tema **desafiando a violência** convergiram os subtemas: **violência territorial e violência intrafamiliar**, que emergiram de maneira conjunta das falas significantes das enfermeiras que são apresentadas a seguir, representadas por enunciados que significam o todo.

Violência territorial

Uma das características do trabalho na ESF é a unidade estar localizada numa área definida onde enfermeiras desenvolvem o seu trabalho, tanto intra como extraunidade, prestando assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, num processo inter-relacional com o usuário. Embora exista referência de que a ESF não se destina só aos excluídos, observa-se que as áreas em que se localiza, principalmente no contexto deste estudo, são de população de baixa renda e convivendo muitas vezes com variadas manifestações de violência, levando as enfermeiras a enfrentarem e desafiarem tal situação no cotidiano laboral.

A violência territorial assim designada aqui se deve ao contexto no qual ocorre ou seja, no território adstrito das unidades de ESF estudadas, à semelhança da violência estrutural caracterizada por Macedo et al ¹⁰. Segundo as falas das enfermeiras, constata-se que o fenômeno da violência permeia situações próprias de periferias urbanas

populosas em precárias condições de vida, praticamente sem políticas nem programas públicos integrados para atender as reais necessidades da população local, como saúde, saneamento, educação, moradia e segurança. Aliada a tal situação observa-se a presença do tráfico de drogas, onde há disputa entre traficantes por domínio de território e consumidores que assaltam residentes e todos que ali transitam, como os profissionais da ESF e estudantes em estágio, amedrontando-os e fazendo-os sentirem-se ameaçados e inseguros, pois o sistema de segurança também é precário.

A ESF propõe a inclusão da família como partícipe do processo saúde-doença, com ação individual ou coletiva, a partir do seu ambiente físico e social. Entretanto, essa inclusão fica deficitária, considerando o fato de que o principal desafio da equipe é vencer a violência territorial, sério problema social que interfere no desenvolvimento das ações profissionais de cada membro da equipe. No caso das enfermeiras, seu trabalho é direcionado ao indivíduo, à família e à comunidade, na unidade e no domicílio, onde, a despeito da violência, formam-se vínculos entre elas e os usuários e vice-versa. O maior exemplo é o fato de a enfermeira ser avisada sobre os riscos que corre em determinadas áreas e momentos, por aqueles usuários que estão sob seus cuidados, situação que deixa subjacente nas falas das enfermeiras um sentimento de medo e insegurança permeando seu processo de trabalho, ao mesmo tempo que reconhecem a solidariedade das famílias e membros da comunidade em protegê-la, conforme veremos:

[...] Quando se chega a uma casa, se o dia está movimentado, a própria comunidade diz: “doutora, volte, não continue; [...] é assalto que está acontecendo[...].” então isso desestimula nosso trabalho (E6). [...] o ACS vem e fala: “olha, enfermeira, hoje teve tiroteio na área;; ou então alguém da comunidade mesmo, antes de nós chegarmos lá: “nem passe pra lá, doutora.” [...] (E12).

As falas deixam claro que o trabalho no domicílio vem sendo prejudicado pela redução da frequência de visita domiciliar. Em consequência, sua jornada de trabalho se concentra quase toda na unidade.

[...] Um dos maiores entraves é a violência na área [...], só podemos fazer visita domiciliar no horário até 10 horas, [...] acompanhado de mais de um ACS, de preferência homem, [...] se a rua estiver agitada não se faz a visita, [...] a

dificuldade maior é a segurança, para nós irmos com mais frequência nas casas (E2, E3, E4, E5, E11); A violência dificulta as visitas, sabe[...] eu atendo aqui de manhã, logo que chego, às 09h pra fazer as visitas; à tarde trabalho só na unidade atendendo quem chega aqui (E8).

Essa é uma questão que aparece em vários estudos,^{11,12,13} demonstrado como a violência é um entrave para o profissional de saúde que atua na atenção básica de saúde, principalmente na ESF, dada a característica de ser prestada diretamente na comunidade, no domicílio, expondo o profissional ao ambiente violento. Essa vulnerabilidade à violência gera sentimentos de medo, ansiedade, impotência e frustração, comprometendo sua saúde física e mental. A violência também faz com que o trabalho na ESF se descaracterize, pois ao limitar-se à unidade de saúde, o atendimento da comunidade fica prejudicado.

As enfermeiras aqui pesquisadas correm risco ainda maior de sofrerem ameaças de agressão por se exporem no contexto territorial ao realizarem visita domiciliar, e por isso sofrem de desgaste emocional e de doenças psicossomáticas pelo estresse contínuo vivenciado. Os depoimentos reforçam a necessidade de se investir em projetos com ações intersetoriais, principalmente que articulem ação entre as unidades de saúde, segurança pública, centros comunitários, entidades religiosas e outros.

É importante salientar que, além de limitar o trabalho das enfermeiras e ACSs (agentes comunitários de saúde), o tráfico de droga e os assaltos frequentes praticados pelos usuários de droga geram sentimentos de medo, insegurança e impotência. A violência não está presente somente nas ruas, também está dentro das casas. É claramente perceptível a vulnerabilidade da equipe de saúde, fato que interfere na dinâmica do seu processo de trabalho:

[...] Teve ACS aqui que já foi fazer visita 2h da tarde, foi recebida com arma na mão e perguntado o que ela queria àquela hora [...], eles querem dormir, [...] a ACS diz: a gente está com medo de entrar na casa [...] às vezes dentro da casa eles estão usando droga, eles estão ameaçando, eles estão colocando a vida da gente em risco, e têm esses idosos que moram nessas casas, lá tem marginal que ameaça, que é violento [...] é perigoso; bem em frente ao PACS tem uma boca de fumo. [...] a droga gera violência, já fui

vitima de violência da própria comunidade, fui assaltada por um rapaz novo que mora aqui do lado, filho de pacientes nossos (E9, E11, E14); [...] pagamos “pedágio” muitas vezes para ir à visita domiciliar, [...] a unidade é assaltada por bandidos e a equipe ameaçada de violência; levamos ao conhecimento da SESMA (órgão gestor local de saúde), paralisamos o nosso trabalho por um dia para chamar a atenção, mas não obtivemos qualquer providência. Somente recebemos visita ordenando que voltem ao trabalho e nada mais. Por conta própria, convidamos e reunimos o Centro Comunitário e a Policia local e pedimos ajuda. Decidimos juntos um contrato de ações diárias para a nossa proteção (E10, E6, E7).

Com base no modelo ecológico, a Organização Mundial de Saúde classifica as raízes da violência em quatro níveis: individual, racional, comunitário e social. No comunitário, a violência é introduzida na escola, no trabalho e na vizinhança. Quando caracterizadas por problemas de tráfico de drogas e alto nível de desemprego e pobreza, as comunidades têm maior probabilidade de vivenciar a violência.²

Cumprе salientar que a violência gerada pelo fator “droga” é fenômeno multicausal, complexo e relacionado com determinantes socioeconômicos: desemprego, pobreza, baixa escolaridade, exclusão social e outros. Nesse contexto, a violência se apresenta como problema social com implicações na saúde da comunidade e da população circundante.

Conforme se depreende das falas, a violência é considerada pelas enfermeiras como um fator limitador do seu trabalho, pois além de dificultar as visitas domiciliares, inviabiliza as atividades na unidade nos dois turnos e trabalhos de grupo, como, por exemplo, palestras educativas, desencadeando sentimentos de frustração:

[...] Fazer outros tipos de atividades junto ao idoso, como, por exemplo, atividades de grupo ou palestras, não dá, é muito frustrante para nós que queremos desenvolver outro tipo de atividade, pois a violência nos impede (E2); [...] Fizemos um trabalho com uma dramatização [...] entrou uma gangue na hora, os idosos se jogaram no chão, outros ficaram sem ação, choravam muito, agora marcar reunião com eles não dá, a última

que eu marquei vieram só três (E2); Por trabalharmos em área vermelha, nosso trabalho fica limitado em um só turno, só pela manhã, à tarde fica difícil de se deslocar para a comunidade ou até mesmo de ficar aqui. Então tem sempre uma equipe que é prejudicada (E5); Muitas coisas que fazíamos antigamente, agora não fazemos mais; tudo mudou por causa da violência que hoje é muito maior (E6); então para fazer qualquer tipo de trabalho aqui na área é muito complicado, tem que saber o melhor período, semana que passou teve muita morte, é muito violento, a gente fica limitada (E7).

Ressaltam-se aqui as mudanças que vêm ocorrendo na rotina de trabalho das enfermeiras, deixando de realizar certas atividades em função da violência, embora se empenhem, dentro do possível, para colocar em prática as atribuições normatizadas pelo Ministério da Saúde.

Violência intrafamiliar

A violência contra a pessoa idosa é secular. Entretanto, somente nas últimas duas décadas do século XX, com a divulgação da violência contra crianças e da violência doméstica, passou a ser notificada e trazida ao conhecimento público². A violência intrafamiliar se manifesta nas mais variadas formas: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, abandono, negligência e autonegligência.¹⁴

A violência intrafamiliar foi percebida pelas enfermeiras neste estudo da mesma forma como o Ministério Saúde¹⁴ a caracteriza: problema social que atinge continuamente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência. Isso ocorre em ambiente doméstico, no interior dos lares. Um de seus tipos é a negligência quando se trata de idosos, que caracteriza a omissão de cuidados por parte dos familiares cuidadores.

A negligência é a forma de violência mais silenciosa, que se expressa pela recusa ou omissão em escutar as queixas do idoso, e conseqüentemente a prestação do cuidado necessário por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. É uma das formas de violência que mais atinge o idoso em todo o país. Está associada ao abuso e gera lesões e traumas físicos, psicológicos e sociais, principalmente para os idosos que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.¹⁴

Nos relatos emergiram várias situações de maus tratos contra os idosos no seu cenário de convivência social, praticados principalmente por familiares:

[...] Maus trato com idoso com certeza tem, a gente chega na casa do idoso, ele está sozinho com uma caixinha de remédio, tomando sozinho, muitas vezes ele já não enxerga (E3); O descaso que a gente diz é não ligar pra ele (idoso), não sair com ele, não passear; é esse que é o descaso (E10); Tem uma senhora que fica sozinha em casa. Quando o remédio dela termina, o filho dela não vem buscar aqui. Se o ACS não passar lá para pegar a receita, ela fica sem remédio (E8).

O membro familiar que mais maltrata o idoso é o filho. A violência detectada não se restringe à negligência, existe também a violência sexual, abandono e abuso financeiro. Em alguns casos, mesmo sendo área de risco e as enfermeiras se sintam amedrontadas, fazem denúncia às autoridades. No caso, tanto para o Ministério Público quanto para a Secretária de Saúde do Município. Mas, infelizmente, quase sempre sem sucesso, pois as autoridades raramente tomam providências:

[...] Aqui na área alguns casos de maus tratos são cometidos pelos filhos. Neste momento, se faz visita na casa, conversa com a família tenta resolver com a família (E1); [...] o filho e o genro da idosa são marginais. Na primeira visita identificamos os maus-tratos, higienização precária, [...] ligamos para o Ministério Público, fizemos uma denúncia, e até hoje não temos resposta [...] levei a situação para a coordenação da SESMA, (nível central da Secretaria de Saúde) porque se acontecer alguma coisa com ela, a equipe pode ser responsabilizada (E7); Um caso de um senhor: foi feita denúncia [...] muito maltratado pelo filho e pela companheira dele, que gastavam o dinheiro da aposentadoria e não compravam fraldas descartáveis, deixavam o idoso dormir nu no molhado. O idoso tinha dificuldade pra levantar, passava a noite todo urinado. Às vezes tentava se virar e caía no chão (E9); A idosa que vivia com esposo alcoólatra, bebia muito e levava outros alcoólatras para dentro da casa e eles se serviam dela [...].

Acionamos o Ministério Público; eles vieram e levaram a idosa para um abrigo (E6); [...] Ela fica meio que largada, se tem um remédio para comprar, ele (companheiro) não compra. [...] Aí fica lá sozinha (E5).

Os idosos que têm limitação na sua capacidade funcional ou apresentam comprometimento mental são os mais vulneráveis à violência intradoméstica. Quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade.¹⁴

A respeito do processo de trabalho nas unidades da ESF as enfermeiras manifestam não só insatisfação pela falta de infraestrutura mínima para suas ações com os usuários, mas sobretudo sensação de isolamento no trabalho quando não obtêm respostas dos gestores locais às questões graves encaminhadas, como ocorrência de violência solicitando assessoria e apoio. Tal situação caracteriza-se como violência institucional¹⁶, de instituição empregadora contra seus funcionários.

Mesmo os idosos que preservam sua independência e autonomia e são capazes de governar-se, tomar decisões e ter liberdade de ação mereceriam um mínimo de atenção dos familiares descendentes. A falta de uma dinâmica relacional familiar saudável pode caracterizar-se como negligência, embora essa negligência social difusa¹⁷ ocasionada por dificuldades (geralmente de ordem econômica) das famílias nem sempre seja considerada merecedora de prevenção contra violência:

[...] A idosa tem duas filhas: uma trabalha, é diarista, e a outra é deficiente mental. A que sai pra trabalhar deixa a mãe com a que tem deficiência mental, muitas vezes ela (idosa) é responsável pela família, e a família não cuida dela, não a ajuda, não a acompanha numa consulta, não estimula às atividades diárias, de ir numa igreja, de sair (E7).

Muito embora o território de abrangência da ESF seja uma área de risco e elevado índice de violência intrafamiliar, as enfermeiras alegam não denunciar por medo de represália por parte das famílias, pois a maioria tem familiares marginais e traficantes:

[...] Quando eu detecto, chamo a família e faço a orientação necessária. Denunciar ainda não denunciei, até porque trabalhamos em área de risco e convivemos com todo tipo de pessoas não

vamos nos expor ainda mais (E3); Nós já tivemos caso de maus tratos. Para ser sincera, depende muito, porque como a gente trabalha em área vermelha, a maioria é bandido, se você fizer a denúncia corre risco. Trabalhando no nosso bairro, acho difícil alguém denunciar. Eu, sinceramente, não faço (E5); Aqui fazer denúncia é muito complicado. Não se denuncia porque a gente tem medo de represália, é muita bandidagem, é violência. Deus te defenda se alguém chamar o Ministério Público, eles já vão saber que foi a gente, então eles pegam a gente e matam (E8).

O policiamento deficitário é outra dificuldade apontada pelas enfermeiras, pois são poucos policiais para uma área grande. É no momento do deslocamento, quando fazem a ronda, que ocorrem os assaltos:

[...] Nós aqui temos três guardas da PM que passam por aqui, [...] o assalto acontece quando eles estão fazendo a ronda em outra área. A violência é um grande entrave, nosso trabalho é concentrado aqui na unidade (E6); Para mim é a questão da violência, dentro da Terra Firme, ainda é a questão da visita, ir e fazer a visita como tem que ser feita (E12).

As falas evidenciam que a violência é um dos grandes desafios a ser superado pelas enfermeiras que trabalham na comunidade, principalmente em áreas com elevadas desigualdades sociais e econômicas e sem suporte policial necessário, o que também dificulta o acesso às residências para realizar visita domiciliar. Compreendemos que esse é um fator que restringe o desempenho das ações de saúde, prejudicando o fortalecimento das mudanças preconizadas pela atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer, segundo a percepção das enfermeiras, os riscos em sofrer violência de várias naturezas a que estão expostas ao atuarem na unidade de ESF e atender usuários idosos e suas famílias.

No contexto pesquisado de Distrito Administrativo DAGUA, Belém-PA, as enfermeiras reconheceram que o cuidado de enfermagem ao usuário idoso em seu contexto domiciliar acontece em meio a condições precárias de trabalho, enquanto processo de trabalho em unidade de ESF, como também em território vulnerável a violências, com precária segurança pública, próprio de urbanização com desigualdades socioeconômicas, pobreza, desemprego, exclusão social e outros fatores correlatos.

As enfermeiras enfrentam e desafiam as situações de violência presentes, como a territorial e a intrafamiliar por elas identificadas, ao persistirem no trabalho apesar de todos os entraves encontrados no ambiente laboral.

1. A violência territorial assim designada é a que ocorre no território adstrito das unidades de ESF estudadas, à semelhança da violência estrutural que permeia a situação de desigualdades sociais e de pobreza, aliadas à presença do tráfico de drogas com todas as mazelas e perigos já conhecidos. **As enfermeiras desafiam as diferentes situações de violência adotando estratégias como se descreve a seguir.**
 - a) Continuam fazendo visita domiciliar aos idosos que necessitam de seus cuidados, sempre acompanhadas de agentes comunitários de saúde, homens e dois ao mesmo tempo, quando possível.
 - b) Trabalham em parceria com a comunidade/famílias acatando os aconselhamentos e avisos para se proteger de situações de maior risco de sofrer violências.
 - c) Estabelecem alianças com a Polícia Militar local e Centro Comunitário para definir ações conjuntas em situações de emergência e de perigos maiores.
 - d) Não denunciam violência ao poder público quando suspeitam de represália com risco de morte por parte dos traficantes e delinquentes.
2. A Violência intrafamiliar foi percebida pelas enfermeiras neste estudo da mesma forma como o Ministério da Saúde¹⁴ a caracteriza: problema social atingindo mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência. Isso ocorre em ambiente doméstico, no interior dos lares. Foi observado que um dos tipos mais frequentes é a negligência com idosos, como omissão de cuidados por parte dos familiares

cuidadores, mais especificamente dos filhos. **O desafio das enfermeiras na constatação de violência praticada contra idosos tem encaminhamentos diversos:**

- a) Não denunciar o familiar, geralmente filho, como perpetrador de violência. Prefere conversar com a família e encontrar entendimento que evite as reincidências.
- b) Denunciar violências graves cometidas contra o idoso, sem solução pelo diálogo, mesmo correndo risco de represálias.
- c) Notificar condutas tomadas em casos de violência, com desfecho resolutivo ou não, à autoridade local de saúde, como recurso preventivo de defesa, temendo ser culpabilizada.

Embora sinalizem alguma solução, as estratégias adotadas pelas enfermeiras são pontuais, circunstanciais e isoladas, longe de ser uma intervenção integral e interdisciplinar instituída, situação que carece de esforço conjugado pois a complexidade que envolve a questão da violência, qualquer que seja sua natureza, requer corresponsabilidade dos gestores municipal, estadual e ações institucionais e intersetoriais capazes de encontrar solução para os agravos aqui relatados, na perspectiva de atenção integral no SUS ao idoso e família.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde, v. 1)
2. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS, 2002 [acesso em 2007 jul 25]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>.
3. Wieviorka M. O novo paradigma da violência. Tempo Social; Rev Sociol. USP. 1997 maio;9(1)5-41.
4. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Públ. 1994;10(supl. 1):7-18.
5. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiro. In: Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
6. Polaro SHI. Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família [Tese]. Florianópolis: Programa de

- Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70 ed. Coimbra: Edições 70; 2009.
 8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo. Hucitec; 2007.
 9. Secretaria de Saúde do Estado (Pará – BR). *Coordenação Estadual Saúde do Idoso. Nota Técnica*. Belém: SESPA; 2008.
 10. Macedo et al. *Violência e Desigualdade Social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil*. Ver. *Saúde Pública*. 2001; 35:515 – 22.
 11. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. *Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família*. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):682-8.
 12. Velloso ISC. *A interferência da violência social no trabalho em uma unidade básica de saúde [Dissertação]*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2005.
 13. Moura FJM. *O mundo do trabalho da enfermeira no programa saúde da família: riscos e desgaste no enfrentamento da violência estrutural [Tese]*. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
 14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8; Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131).
 15. Minayo MCS. *Violência contra o idoso: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. 2ª. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005 [acesso em 2010 jul 05]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf.
 16. Minayo MCS. *Violência contra idosos: relevância para um velho Problema*. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 19(3): 783 – 791, mai-jun, 2003.
 17. Schraiber LB; D’Oliveira AFPL; Couto MT. *Violência e saúde: estudos científicos recentes*. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (N esp): 112 – 20.

5 CONCLUSÃO - TESE

5.1 REFLEXÕES DO TEMA CENTRAL - GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ESF

Este estudo, realizado com enfermeiras que desenvolvem suas atividades laborais na atenção básica de saúde, especificamente na ESF, possibilitou conhecer a realidade vivenciada pelas colegas. Minha condição de enfermeira que atuava na saúde coletiva e posteriormente professora na mesma área facilitou a aproximação e a aceitação das colegas em participar da pesquisa.

Durante o processo de análise dos dados, fui desvendando as limitações, os problemas e as barreiras no processo de trabalho das enfermeiras que dificultam o atendimento do idoso e família, transformando muitas vezes em entraves praticamente intransponíveis. Problemas organizacionais e estruturais, em meio a um contexto de violência urbana representavam um desafio na realização de suas atividades. Da análise de suas percepções pode-se deduzir que elas estão **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao idoso na ESF**, apesar de toda a problemática vivida, desafiando a violência, gerenciando problemas e construindo um peculiar fazer gerontológico.

Nesse momento conclusivo da pesquisa, destaco alguns dos fragmentos mais críticos para reflexão e possíveis resolutividades. O estudo abre debate para tomada de posição por parte dos gestores municipais da saúde e da ESF, uma vez que aponta sérios problemas nas áreas de gestão, estrutura, violência urbana com consequências à saúde, educação permanente e educação específica gerontológica. São problemas que se interpõem ao atendimento das necessidades de vida e saúde do usuário idoso sob os cuidados das enfermeiras que atuam na ESF do Distrito DAGUA, interferindo no seu fazer gerontológico, que segundo as próprias enfermeiras, fogem de sua governabilidade possível no desenvolvimento de suas ações. Isso as impede de contribuir para a ESF se torne modelo de impacto na saúde, compromete a efetivação da própria ESF como porta de entrada do SUS e seu fortalecimento.

No que diz respeito à gestão, pode-se afirmar que os três níveis de atenção estão trabalhando isoladamente, deixando de cumprir os princípios e preceitos do SUS. É evidente a desarticulação entre os serviços de atenção à saúde de baixa, média e alta complexidade, que

respondem pela fragmentação das ações de saúde prestada ao idoso, em que a referência e a contrarreferência se revelam como os nós críticos nas intercorrências de média e alta complexidade relativas às consultas médicas e à realização de exames nas diversas especialidades, inclusive na gerontogeriatría.

A inexistência de especialistas e a longa espera para as consultas, que, dependendo da especialidade, pode demorar de 45 a 70 dias, são os desafios que fogem à governabilidade das enfermeiras, deixando-as com sentimentos de impotência e desconforto por não poder atender o idoso em casos emergenciais, principalmente pelo risco maior quando esse idoso é portador de múltiplas patologias. Nesse sentido, a pesquisa evidencia ser forte a necessidade de ampliar e melhor implementar os serviços de média e alta complexidade. Destaque-se que a forma encontrada pelas enfermeiras para minimizar tal impasse é por meio de sua rede de relação pessoal e profissional, ou através da assistência domiciliar com ajuda dos demais membros da equipe, o que, devido às péssimas condições locais não exime o idoso de ter o seu quadro clínico agravado, colocando em risco sua vida. Tal situação sugere também melhor articulação e integração daquele serviço ao de atenção básica, inclusive a ampliação deste último, por ser a porta de entrada do usuário no sistema. Acrescente-se ainda que, após atendimento do idoso por parte dos serviços de média e alta complexidade, não há contrarreferência, as informações a respeito das consultas médicas ou outro tipo de procedimento realizado com o idoso, são repassados para as enfermeiras pelo próprio idoso ou familiar.

A falta de consideração e falta de apoio ao idoso, familiar e enfermeira por parte dos gestores da saúde e coordenadores da ESF têm provocado estresses por sentimentos de desconforto e impotência nas enfermeiras envolvidas na pesquisa. Impotência, desvalia, desestímulo, desmotivação, insatisfação e desalento são alguns dos sentimentos verbalizados nos seus relatos, quando se referem também a problemas de natureza estrutural. Estes, segundo elas, interferem igualmente na sua ação profissional e na integralidade da atenção prestada, seja pelas péssimas condições de trabalho, de acomodação, ou pela dificuldade para adquirir material, inclusive material básico para atendimento do idoso. Sobre essa questão, os únicos programas desenvolvidos nas unidades pesquisadas que fogem a essa regra são HIPERDIA e Campanha Nacional de Imunização para Idosos, pois nos demais geralmente faltam equipamentos para mensuração de glicemia e pressão arterial, balança, material para injetável e medicamentos, dentre outros.

Com relação a esses programas, o HIPERDIA funciona segundo

seu formato padronizado, com o diferencial de o atendimento ao idoso ser por conta da criatividade e intuição de quem o atende. Quanto à imunização, só há vacina nas unidades por ocasião da campanha, por falta de estrutura e de equipamentos para acondicioná-las. Ainda com relação à imunização, a campanha, único programa voltado para o idoso segundo as enfermeiras, só consegue alcançar a meta de cobertura graças à busca ativa e à vacinação domiciliar. Significa dizer: o objetivo da campanha também não é alcançado nem a necessidade do idoso é atendida no devido tempo. Sobre essa questão, a pesquisa aponta dois fatores: primeiro o fato de a campanha ocorrer no período de chuva mais intensa, quando a maioria dos idosos já foi acometida pela gripe, e segundo pela dificuldade de acesso do idoso à unidade por causa da chuva. Ambos fatores indicam que o Ministério da Saúde não pode perder de vista as peculiaridades e especificidades regionais ao fazer qualquer planejamento na área da saúde.

Convém salientar que, além dos nós críticos evidenciados pela pesquisa, a violência territorial e intrafamiliar permeiam o cotidiano profissional das enfermeiras. A violência territorial ocorre intra e extramuros, e para melhor compreender a violência intramuros basta refletir sobre as questões relacionadas com áreas de gestão e estrutura. A gravidade dos entraves advindos de ambas as áreas deixa claro que as enfermeiras são submetidas cotidianamente à violência institucional, expressa pelo desrespeito, desvalorização, falta permanente de recursos de naturezas diversas, condições desfavoráveis de trabalho, exposição ao descrédito do usuário, família e comunidade na resolutividade da sua ação profissional, impedindo-as de desenvolver seu ofício com a qualidade desejada. Pode-se afirmar que essa violência, associada à violência urbana, constituem um grande desafio.

Por outro lado, apesar da violência urbana, a pesquisa mostra como é forte o vínculo entre as famílias e as enfermeiras, quando estas são avisadas por aquelas sobre os riscos que correrão se saírem para visitação domiciliar em ocasiões de maior violência em determinados bairros. A violência urbana além de interferir no processo de trabalho das enfermeiras, coloca em risco sua integridade física e emocional, podendo chegar a pôr em risco sua própria vida. E o idoso que não pode ir à unidade fica prejudicado por não receber a assistência domiciliar prevista.

Cumprе salientar, que a visita domiciliar é importante oportunidade para aproximação e estabelecimento de vínculos entre enfermeiras, idosos e comunidade, e ainda para intervir em detecção precoce de agravos. Entretanto, conforme mostra a pesquisa, o recurso é

pouco utilizado por ser de área de risco.

Com relação à violência intrafamiliar, a pesquisa não deixa dúvidas de que o idoso é vítima de maus tratos, negligência e exploração muitas vezes por parte da própria família. O cuidador familiar principal é do sexo feminino e, por trabalhar fora, quase sempre deixa seu idoso sozinho e sem os necessários cuidados higiênicos, alimentares e medicamentosos. Por outro lado, é na família que as enfermeiras encontram parceria para dar certa continuidade ao plano de intervenção na prestação do cuidado ao idoso.

Somando-se os entraves descritos, com a falta de conhecimento e orientação sobre as questões de envelhecimento segundo suas especificidades e peculiaridades, podemos ter a dimensão das reais dificuldades que as enfermeiras enfrentam para bem desempenhar seu fazer gerontológico. Nada melhor para expressar o exposto do que a confissão das enfermeiras de que se sentem constrangidas por não saberem como lidar com o idoso.

Por outro lado, a pesquisa reafirma a importância da consulta de enfermagem, porque oportuniza a escuta atenta e acolhedora, a interação entre enfermeira e idoso, apesar de ficar fragilizada porque as enfermeiras não conseguem sistematizar a assistência. Mesmo assim, contribui de alguma forma para que a construção do seu fazer gerontológico não seja movido apenas pela intuição e concepção humanística própria dos cuidados gerais de enfermagem.

É importante destacar ainda que, para prestar um cuidado de melhor qualidade, as enfermeiras buscam ajuda das colegas de outros serviços com maior experiência no trato com o idoso. Isto posto, a pesquisa traz luz para compreender que tem havido pouco avanço quanto à integralidade do atendimento do idoso, embora não deixe dúvida que as enfermeiras, côncias da importância do seu papel, têm responsabilidade: profissional, ética e social. Assim, confirmo a Tese: **A atenção das enfermeiras de ESF ao usuário idoso e família apresenta fragilidades relacionadas com sua capacitação técnico-científica que, associadas às barreiras e problemas organizacionais e contextuais, dificultam o cuidado e influem na qualidade da atenção prestada.**

É oportuno lembrar que, mesmo não dominando plenamente o conhecimento gerontogeriátrico e apesar dos vários tipos de violência aos quais estão expostas e que por vezes inviabilizam a ação profissional, reduzindo a eficiência e a eficácia no seu processo de trabalho, as enfermeiras não se isentam da responsabilidade de atenderem o idoso e de prosseguirem, sempre buscando formas de

melhorar a qualidade do serviço prestado.

5.2 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA

Face a declaração do tema central **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao idoso na ESF** derivado dos temas emergidos : **Gerenciando problemas, Desafiando a violência e Construindo o fazer gerontológico**; e a confirmação da tese de que há limitações e fragilidades na atenção da enfermagem ao usuário idoso e sua família no âmbito das unidades de Estratégia de Saúde da Família, impõe-se à especialidade da enfermagem gerontogeriatrica empreendimentos no sentido de avanço na aquisição de conhecimentos técnico-científicos na área do envelhecimento; na formação de recursos humanos apropriados em diferentes níveis; na conquista política para a instituição de devidas condições (estruturais, organizacionais) de trabalho da equipe na ESF com especial atenção aos profissionais da enfermagem, conforme algumas recomendações:

- Juntamente com ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), IES (Instituições de Ensino Superior), Órgãos Gestores de Saúde em todos os níveis, pleitear e investir na instituição de tecnologias cuidativas para a atenção à saúde de usuários idosos e sua família no âmbito do Sistema Único de Saúde, disponíveis em qualquer contexto do território nacional.
- Em articulação com todos os órgãos disponíveis em cada contexto, envidar esforços urgentes na formação de recursos humanos da enfermagem em todos os níveis, no atendimento da população idosa.
- Envolvimento em parceria com órgãos afins e com apoio de órgãos de fomento, estimular e desenvolver estudos e pesquisas ao avanço do conhecimento da Enfermagem Gerontogeriatrica, enquanto disciplina sem perder de vista sua inserção no conjunto das disciplinas do Envelhecimento humano.
- Lutas na instrumentalização por trabalho de articulação interdisciplinar e intersetorial, em todos os níveis, na solução de problemas barreiras/entraves, limitações e desafios prevalentes no âmbito da saúde visando ações de saúde que possibilitem melhor qualidade de vida das populações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-64, Mar./Abr. 2007.

BACKES, D. S; ERDMANN, A. L; BÜSCHER, A. Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social. **Rev Latino-am Enfermagem [online]**, v. 17, n. 6,988-94, Nov./Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_10.pdf>. Acesso em: 05 julho 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Coimbra: Edições 70, 2009.

BELÉM (Pará - Brasil). Gabinete do Prefeito Municipal de Belém. Lei Municipal n° 7.682, de 5 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Regionalização Administrativa do Município de Belém, delimitando os respectivos espaços territoriais dos Distritos Administrativos e dá outras providências. Disponível em: www.belem.pa.gov.br/segep/download/leis/lei_distritos.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2008.

BIZ, M. C. P.; MAIA, J. A. Educação permanente na atenção à saúde de idosos. **Rev. Kairós**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 123-134, dez. 2007. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2594/1648>>. Acesso em: 05 julho 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Informe técnico 10ª campanha contra influenza**: de 22 de abril a 09 de maio de 2008. Bahia: MS, 2008.

_____. **Informe Técnico 12ª Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.** Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.** Brasília: MPAS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para sua pactuação. **DOFC**, Seção I, p. 37, Col. 1; Brasília, 22 de fevereiro de 2008.

_____. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 Dez 1999. Seção I, n. 237-E, p. 20-4.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **DOFC**, Seção I, p. 142, Col. 2; Brasília, 20 out 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 12 de julho de 2010.

_____. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM):** protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de atenção Básica, 7).

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8; Série A. Normas e Manuais

Técnicos; n. 131).

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde, v. 1)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde, v.5).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

_____. Presidência da República. Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem e dá providências. **DOU**, Seção I - fls. 9.273-75, Brasília, 26 de junho de 1986. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br/Empresa2/lei7498.html>>. Acesso em: 12 de julho de 2010.

_____. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **DOU**, 0077(2). Brasília, 05 de janeiro de 1994.

_____. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **DOU**, Brasília, 03 out 2003. coluna 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>> Acesso em: 06 de agosto de 2009.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In:

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 229-33, 2002.

CAMARANO, A. A.; GHAOURI, S. K. **Famílias com Idosos:** ninhos vazios? Texto para discussão (IPEA), Rio de Janeiro, n. 950, abr. 2003.

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

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

FERRO, R. C.; ALMEIDA FILHO, A. J.; LOURENÇO, L. H. S. C. Panorama das políticas públicas no setor saúde e a enfermagem na década de 1980. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 487-93, dez. 2006.

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALÍSIO, M. R.; LATTORRE, M. R. D. O. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 2, p. 220-7, 2004.

GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 3, p. 507-18, 2010.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V.; et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 1110-16.

GORDILHO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 10, n. 4, p.138-53, mar. 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

LANCMAN, S.; et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-8, 2009.

LIMA, M. A. D. S.; et al. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 625-32, dez. 2009.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-7, abr./jun. 2008.

MARCON, S. S.; ELSEEN, I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez. 1999.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 545-50, set./out. 2004.

MERHY E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. P.; LIMA, J. C. F. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPJV/FIOCRUZ, 2008, p. 427-32. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>>. Acesso em 30 out. 2010.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E; (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed UFPE, 2004, p. 45-76.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra o idoso: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial dos

Direitos Humanos, 2005. Disponível em:
<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf>. Acesso em: 05 julho 2010.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-41.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo. Hucitec, 2007.

MOURA, F. J. M. **O mundo do trabalho da enfermeira no programa saúde da família**: riscos e desgaste no enfrentamento da violência estrutural. 2005. 144f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P.;(Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: OPAS, 1997. p. 182-6. Disponível em:
http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U2T4.pdf. Acesso em 30 Out. 2010.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. 380p. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>>. Acesso em: 25 julho 2007.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 21 de novembro de 1986. [5p]. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 25 julho 2007.

_____. **Declaração de Adelaide**. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália, 5 a 9 de abril de 1988. [7p]. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em: 25 julho 2007.

_____. **Declaração de Sundsvall**. Terceira Conferência

Internacional de Promoção da Saúde. Sundsvall, Suécia, 9 a 15 de junho de 1991. [6p]. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acesso em: 25 julho 2007.

_____. **Declaração de Jacarta**. Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Jacarta, Indonésia, 21 a 25 de julho de 1997. [5p]. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>>. Acesso em: 25 julho 2007.

PARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenação Estadual Saúde do Idoso. **Nota Técnica**. Belém: SESP, 2008.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. Ed. São Paulo: Annablume/CNTSS, 2008.

PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-25, 2004.

SANTOS, A. S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexões e conceitos importantes. In: SANTOS, A. S. M.; MIRANDA, S. M. R. C. (Orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. p. 1-40. (Série enfermagem).

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-9, maio/jun. 2009.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.839-47, maio/jun. 2003.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-8, mar./abr. 2008.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no

contexto da Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-46. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135).

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 287-95, Abr./Jun. 2006.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1990.

VELLOSO, I. S. C. **A interferência da violência social no trabalho em uma unidade básica de saúde**. 2005. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Social; Rev. Sociol. USP**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 5-41, maio 1997.

APÊNDICES

**APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFGA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE

Prezado enfermeiro (a)

Você foi selecionado (a) e assim convidamos para participar da pesquisa: **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia de Saúde da Família**. Esta pesquisa está sendo realizada pela enfermeira e professora da UFPA, Sandra Helena Isse Polaro, sob a orientação da Profa. Dra Lúcia Hisako Takase Gonçalves (UFSC/PEN), como parte de seu projeto de Doutorado em Enfermagem (UFSC/PEN), e tem como objetivo: Conhecer o processo de vida, saúde e cuidados de idosos no contexto familiar e o cuidado profissional prestado por enfermeiros (as) da ESF de um Distrito de Saúde de Belém a estes sujeitos. Com esse estudo, se buscará compreender melhor sua atuação na ESF e possibilitar análises para encontrar subsídios norteadores do repensar as ações ou práticas cuidativas coerentes e pertinentes às reais necessidades da pessoa idosa e que a permita continuar vivendo com melhor qualidade de vida possível no lar, no seio de sua família. Por isso sua participação é de fundamental importância, pois contribuirá para num futuro próximo, a população idosa possa contar com uma assistência mais integral, equânime e cidadã por parte da equipe de saúde da UBS/ESF.

Sua participação consistirá em responder perguntas, que não será identificado com seu nome em nenhuma hipótese. Todos os dados colhidos serão divulgados apenas agregados, preservando assim o anonimato das informações. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, podendo recusar-se a não participar

dela, como também ao aceitar, poderá recusar-se a responder algumas perguntas, não tendo com isso nenhuma repercussão em seu relacionamento atual ou futuro com as instituições que frequenta e recebe assistência de saúde. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados na literatura especializada ao qual será dado ampla divulgação.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco (shpolaro@ufpa.br) ou por meio dos telefones: (91) 3225-0820 / 8144-9941. Também poderá entrar em contato com a orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves por e-mail: lucia@nfr.ufsc.br; ou por fones: (48) 9991-5193 / 3721-9480.

Profa. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Pesquisadora Responsável

Sandra Helena Isse Polaro
Pesquisadora Principal

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando na coleta de dados.

Belém, ____/____/____

Assinatura do (a) participante: _____

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

**APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE
COPYRIGHT – ARTIGO 1 - REVISTA DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA USP**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E
CESSÃO DE COPYRIRIGHT**

Submetemos à aprovação da REEUSP o artigo: **“CONSTRUINDO O FAZER GERONTOLÓGICO PELAS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** e informar que a ética e todos os procedimentos adequados foram devidamente observados. Nós declaramos que o artigo não foi publicado anteriormente e está sendo enviado para o REEUSP com exclusividade. Concordamos que, no caso o artigo seja aceito, os direitos autorais serão de propriedade exclusiva da **REEUSP**.

Categoria do artigo: *Artigo original*

Florianópolis, ___ de _____ de _____.

Assinatura do autor (es):

Sandra Helena Isse Polaro

Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Angela Maria Alvarez

**APÊNDICE C – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE PUBLICAÇÃO E
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE – ARTIGO 3 - REVISTA TEXTO
& CONTEXTO ENFERMAGEM**

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem

**CARTA DE SOLICITAÇÃO DE PUBLICAÇÃO E DECLARAÇÃO DE
RESPONSABILIDADE**

Vimos por meio desta, solicitar a publicação do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, *“Convivendo com a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família”* de autoria de *Sandra Helena Isse Polaro, Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Ângela Maria Alvarez*.

Classificação: Artigo original

Endereço para correspondência: Sandra Helena Isse Polaro

Endereço: Universidade Federal do Pará, Praça Camilo Salgado, nº 01, Umarizal - CEP: 66055-090 - Belém, PA – Brasil

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".
- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".
- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".
- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura do autor (es):

Sandra Helena Isse Polaro

Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Ângela Maria Alvarez

**APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS
AUTORAIS – ARTIGO 3 - REVISTA TEXTO & CONTEXTO
ENFERMAGEM**

À Coordenação Editorial
Texto & Contexto Enfermagem

**DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS
AUTORAIS**

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo *“Convivendo com a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família”* que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Florianópolis, ___ de _____ de _____.

Assinatura do autor (es):

Sandra Helena Isse Polaro

Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Ângela Maria Alvarez

**APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE – ARTIGO
3 - REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM**

À Coordenação Editorial
Texto & Contexto Enfermagem

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Eu, *Sandra Helena Isse Polaro*, autor do manuscrito intitulado “*Convivendo com a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família*”, declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () acadêmico,
- () político e
- () financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Sandra Helena Isse Polaro

ANEXOS

ANEXO A – REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP – INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Rev. esc.enferm.USP - Instruções aos autores

Page 1 of 6



ISSN 0080-6234 versão
impressa
ISSN 1980-220x versão de linha-
em

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

- [Âmbito e políticas](#)
- [Manuscrito formatado e preparação](#)
- [Inscrição de Manuscritos](#)

Âmbito e políticas

Artigos, que podem ser escritos em Português, Inglês ou Espanhol, devem ser originais e reservados exclusivamente para **REEUSP** e não pode ser publicado simultaneamente em outro periódico, sobre o texto, como ilustrações e tabelas, na íntegra ou parcialmente, com exceção dos resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

Desde setembro de 2009 (volume 42 n.3), o Jornal teve uma edição no idioma Inglês, que é uma edição on-line. Após o estudo seja aprovado para publicação, os autores devem providenciar a tradução para Inglês de acordo com a **REEUSP** instruções.

Na pesquisa seres humanos envolvendo, os autores devem enviar uma cópia da carta de aprovação emitida por um comitê de ética que é reconhecido pelo Nacional do Brasil da Comissão de Ética em Pesquisa (Conep) de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), resolução 196 / 96, ou órgão similar do país onde a pesquisa foi realizada.

REEUSP apóia as políticas para registro de ensaios clínicos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre ensaios clínicos em acesso aberto. Assim, a partir de 2007 esta revista só aceita artigos sobre ensaios clínicos que tenham recebido um número de identificação de um dos Ensaios Clínicos Registra validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deve ser colocada no final do resumo.

O autor (es) dos artigos é inteiramente responsável por eles, e deve assinar e enviar a *Declaração de Impacto Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais* (Declaração de Responsabilidade e direitos autorais).

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE
COPYRIGHT**

Submetemos à aprovação da REEUSP a _____ artigo e informar que todos ética procedimentos adequados foram devidamente observadas. Nós declaramos que o artigo não foi publicado anteriormente e está sendo enviado para o REEUSP com exclusividade. Concordamos que, no caso o artigo seja aceito, os direitos autorais serão de propriedade exclusiva da **REEUSP**.

Categoria do artigo

+

assinatura do autor (s) (s)

Data: ____ / ____ / ____

* Confira nas orientações os tipos de colaboração aceitos pela **REEUSP**.

Tipos de trabalhos aceitos pela revista

- **Artigo original:** O trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valor para a área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas. Sua estrutura deverá incluir:

- **Introdução:** apresentação e delimitação do tema, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do artigo.

- **Objetivos:** especificar em uma forma clara e sucinta o objetivo da pesquisa, com detalhes sobre os aspectos que serão ou não serão discutidos. Se pertinentes, os objetivos podem ser definidos como gerais ou específicos, de acordo com o autor o julgamento.

- **Revisão da Literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o tema que serviu de base para a investigação proposta. Ele fornece os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um determinado

assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe uma tendência a limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, aqueles que têm uma relação direta com a investigação que tem sido desenvolvido, dando prioridade às mais recentes publicações. Quando não há necessidade de um capítulo de revisão da literatura, devido à extensão histórica do assunto, pode ser incluída na Introdução.

- **Métodos:** uma descrição completa dos procedimentos metodológicos que possibilitem alcançar os objetivos. Esta parte deverá apresentar: dados sobre o lugar onde a pesquisa foi realizada, a população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, materiais, equipamentos, técnicas e métodos que foram adotados para coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.
 - **Resultados:** devem ser apresentadas de forma clara e direta, sem interpretações pessoais ou comentários. Para melhor compreensão, eles podem incluir gráficos, tabelas, ilustrações, fotografias, etc
 - **Discussão:** deve ser restrita aos dados obtidos e os resultados alcançados, enfatizando os aspectos novos e importantes que foram observadas e discutir os pontos comuns e as divergências sobre outras pesquisas publicadas.
 - **Conclusão:** os objetivos ou hipóteses devem ser apresentados em uma clara e concisa de forma lógica, com base nos resultados e na discussão, coerente com o título, proposição e os métodos.
- **Estudos teóricos:** análise de construtos teóricos, investigações sobre os modelos existentes eo desenvolvimento de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
 - **revisões críticas da literatura**
 - Revisão Sistemática: Investigação de chumbo por um método de síntese rigorosa dos resultados originais de estudos qualitativos e quantitativos com o objetivo de responder a uma pergunta específica e relevante lidar com questões de saúde. Limitado a 15 páginas.
 - Revisão integrativa: método de investigação que apresenta uma síntese de vários estudos e permite ao autor chegar a conclusões gerais sobre uma área específica de estudo que contribuam para o aprofundamento do

conhecimento sobre o assunto estudado.
Limitado a 15 páginas.

- **Os relatos de experiência profissional:** estudos de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos estratégia de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para os enfermeiros de diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.
- **maneira de cabeceira:** perguntas com respostas objetivas sobre condutas práticas. Máximo de 10 páginas.
- **Cartas ao editor:** comentários dos leitores sobre trabalhos publicados no periódico expressando concordância ou discordância. Não mais do que meia página.

Descrição dos procedimentos:

Cada artigo submetido à revista é a primeira verificação para ver se ele atende aos critérios estabelecidos nas **Normas de Publicação**, e será sumariamente devolvido em caso ele não. Se aprovado, é encaminhado para avaliação por dois pareceristas, que analisam sobre os itens do Instrumento de Análise e Julgamento elaborada especificamente para esse fim. Eles também avaliá-lo quanto ao rigor metodológico da abordagem utilizada. Quando há desacordo entre os revisores, o original é enviado para um terceiro revisor. A confidencialidade é garantida em todo o processo de avaliação, revisores As opiniões dos são analisados pelo Conselho Editorial, que, se necessário, indica as mudanças que têm de ser feitas. O trabalho foi publicado somente após a aprovação final dos revisores e do Conselho Editorial. Relações que podem criar qualquer **conflito de interesses**, incluindo os casos em que isso não ocorra, devem ser esclarecidas.

público potencial da revista é enfermeiros, profissionais da área de Saúde e de Enfermagem e estudantes da área de saúde.

Manuscrito formatado e preparação

preparação do artigo

Os trabalhos devem ser digitados em processador MsWord com a configuração de página: papel A4, com espaçamento 1,5, fonte Times New Roman tamanho 11. Dois centímetros de fundo e laterais e uma margem de 3 centímetros superior.

- **Identificação da página:** A página inicial deve conter o título abreviado (no máximo 16 palavras) do artigo em Português, Inglês ou Espanhol, e não deverá conter siglas, nome (s) autor (es), com uma nota de rodapé, indicando a sua posição, a instituição a que pertencem, títulos e educação profissional, endereço para correspondência, incluindo e-mail e telefone. Se ele é baseado em uma tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

- **Cotações** - o sistema numérico deve ser usado para a identificação dos autores mencionados na sequência em que são citadas no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados no sobrescrito e entre parênteses. Se eles são sequenciais, o primeiro e últimos números deverão ser indicados, separados por um hífen - ex1. (1-4) , se eles são aleatórios, eles devem ser separados por uma vírgula - ex1. (1-2,4) .

- **Notas de rodapé** - deve ser indicado com um asterisco, começar em cada página e restritas ao mínimo indispensável.

- **Declarações** - frases ou parágrafos dos sujeitos da pesquisa seguem as mesmas regras das citações entre aspas e sobre as margens, mas em itálico e com sua identificação codificada a critério do autor entre parênteses.

- **Tabelas** - se a tabela é proveniente de um outro estudo, a fonte original deve ser mencionado abaixo da tabela.

- **Adendos e anexos** - devem ser evitados.

- **Fotografias** - será publicada apenas em preto e branco, sem identificação dos sujeitos, exceto com permissão por escrito para a utilização para fins científicos.

- **Agradecimentos** - contribuições de pessoas que deram suporte intelectual para a pesquisa, tais como assistência científica, revisão crítica da pesquisa e recolha de dados, entre outros, mas que não preenchem os requisitos para ser nomeado co-autores devem ser mencionados nos Agradecimentos , contanto que eles dão autorização expressa para tal. Também no âmbito do Agradecimentos às instituições que apoiaram, deu assistência técnica e / ou fornecidos outros tipos de apoio podem ser mencionadas na parte final do artigo.

- **Errata:** Depois que um artigo for publicado, se os autores acreditam que é necessária uma errata, deverão enviá-lo à **REEUSP** secretário imediatamente, de preferência por correio electrónico.

Atenção: não mais de cinco ilustrações (tabelas, gráficos, figuras, fotografias, gráficos etc) serão aceitos.

Resumo: deve ter um máximo de 150 palavras. Deve incluir o objetivo, o método e os resultados da pesquisa.

Palavras-chave: os artigos escritos em Inglês, 3 a 5 palavras-

chave que possibilitam a identificação do sujeito deve ser indicada a partir do vocabulário extraído do Medical Subject Headings (MESH).

Referências: Limitado a 22, exceto nos artigos de crítica literária. As referências devem ser padronizadas de acordo com o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmie.org>), e o título do periódico deve ser abreviado em conformidade com a Lista de Revistas Indexadas (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do artigo devem ser numeradas consecutivamente e os autores devem ser mencionados na seqüência em que foram citadas no texto, sem precisar o número entre parênteses. Ex: 1. A. Gomes

Inscrição de Manuscritos

Manuscritos devem ser enviados para:
<http://submission.scielo.br/index.php/reeusp/login>

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

 Todo o conteúdo da revista, exceto onde indicado em contrário, está licenciada sob uma [Licença Creative Commons](#).

Av. Prof. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 São Paulo - SP / Brasil
Tel. / Fax: +55 11 3061-7553



reeusp@usp.br

ANEXO B – REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (REBEN) – INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Rev. Bras.Enferm.- Instruções aos autores

Page 1 of 4



ISSN 0032-7167 versão
impressa
ISSN 1984-0446 versão on-line

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

- [Tipos de artigos](#)
- [Preparação de Manuscritos](#)
- [Endereço para Envio](#)

Tipos de artigos

A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) - aceita submissões de artigos em Português, Inglês e espanhol de acordo com as seguintes seções:

- **Editorial** ,
- **Investigação** ,
- **Revisão** ,
- **Ensaio** ,
- **Relato de Experiência** ,
- **Reflexão** ,
- **Atualização** ,
- **História da Enfermagem** ,
- **A página do estudante** , e
- **Cartas ao Editor** .

Preparação de Manuscritos

REBEn adota as diretrizes do Vancouver Style. Essas orientações estão disponíveis no <http://www.icmje.org/index.html> .

O arquivo com o manuscrito deve ser editado no MS Word com as seguintes especificações: todas as margens de 2 cm, fonte Arial ou Times rosto, tamanho 12 pt com espaçamento entre linhas de 1,5 pt.

uma metadados) : deve apresentar os metadados com a seguinte ordem: 1) título (conciso, porém informativo) nos três idiomas, 2) nome (s) autor (es), indicando, em nota de rodapé, de grau (o autor é o) ou cargo (s) ocupados, nome do Departamento e da Organização para que o trabalho deve ser atribuído a, cidade, estado e e-mail, 3) resumo, abstract e resumen e 4) descritores nos três idiomas.

Informações sobre Resumo e Descritores: resumos devem ter no máximo 120 palavras, indicando a finalidade do estudo, descrição da metodologia adotada, procedimentos para a seleção de subjects, principais resultados e conclusões. O mais importante e novos aspectos do estudo devem ser enfatizadas. Abaixo do resumo, os autores devem fornecer 3 a 5 descritores que

auxiliarão na indexação cruzada do artigo. A fim de determinar os descritores, REBEn adota a lista de "Descritores in Ciências da Saúde - DeCS" (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos devem incluir resumos, em Português, Espanhol e Inglês. Apresentar seqüencialmente os resumos na página de Metadados.

b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos : as tabelas devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem de sua citação no texto. O mesmo é válido para tabelas e figuras (fotografias, esquemas, etc.) Para ilustrações obtidas junto de outras obras publicadas anteriormente deve ser concedida autorização por escrito para a reprodução. Utilizar apenas abreviaturas padronizadas e evitar sua inclusão no título e no resumo. O prazo total para a qual uma abreviatura deve preceder sua primeira utilização no texto, a menos que seja uma unidade padrão de medida.

c) Notas de rodapé : devem ser indicados por caracteres alfabético, iniciado em cada página e limitado a um número mínimo essencial.

d) Citação de Referências : o número de referências de forma consecutiva, na ordem de sua primeira citação no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos sobrescritos entre parênteses, quando os autores não são mencionados. Ao incluir citações seqüenciais, separe os números por um hífen (ex.: 1-5), no caso de serem interpolados, use uma vírgula (ex: 1,5,7).

e) Exemplos de Referências Lista

- Livros

Foucault M. Microfísica do Poder. 10a. ed. Vol. 7. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 1992.

- Capítulo de Livro

Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: Como caminhamos Pesquisa na. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. O USO fazer nd enfermagem Diagnóstico da Prática. 2a. ed. Brasília: ABEn, 1997. p. 70-6.

- Teses, dissertações e monografias

Galvão CM. Liderança situacional: UMA Contribuição AO Trabalho do Enfermeiro-Líder não Contexto Hospitalar [TESE], Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1995.

- Trabalhos de congressos ou seminários

Barreira IA, SS Batista. Nexos Entre uma Pesquisa in Enfermagem da História EO PROCESSO DE cientificação da Profissão. In: Anais do 51o, Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1999 out 2-7, Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEn, 2000. p. 295-311.

- Jornal artigos

Artigo padrão

Rossato VMD, Kirchof ALC. O Trabalho a igualdade de oportunidades Alcoolismo: Estudo com Trabalhadores. Rev Bras Enferm 2004; 57 (3): 344-9.

Seis ou mais autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC QB, Margareth, et al. Construção do Conhecimento de Enfermagem in Unidades de Tratamento Intensivo: Contribuição de um Curso de Especialização. Acta Paul Enferm 2004; 17 (3): 325-32.

Instituição como autor

Centro de Controle de Doenças. Protecção contra as hepatites virais. Recomendações da imunização. Práticas Comité Consultivo. MMWR 1990; 39 (RR-21): 1-27.

*- Material Eletrónico**Electronic artigo de jornal*

Morse SS. Factores relacionados com o aparecimento de doenças infecciosas. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado em 1996 Jun 5], (1): [24 telas]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Material da Web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro, 2002. [Citado em 2006 junho 12]. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>

A exatidão das referências é de responsabilidade do autor.

Para os autores é Aked para incluir, sempre é possível ou quando solicitado, duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

f) Questões Éticas

Para os artigos originais, que envolvem seres humanos, os autores deverão deixar claro que o projecto foi aceite pela pesquisa institucional e de Ética e que os participantes deram seu consentimento para a realização do estudo de investigação (Resolução n.º. 196 do Conselho Nacional de Saúde - Conselho Nacional de Saúde).

Endereço para Envio

Os originais devem ser apresentadas utilizando o sistema de submissão on-line disponível em: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário / autor responsável pela apresentação deve ser um usuário do sistema antes da apresentação. Todas as etapas do processo editorial irá ocorrer com o sistema.

Ao submeter um manuscrito o autor deve atribuir digitalmente que o artigo não está sendo considerado para publicação, ao

mesmo tempo em nenhuma outra revista. Este procedimento evita a necessidade do envio de cartas hte de Autoria acordo e transferência de direitos autorais.

Ao longo das etapas do processo editorial, os autores podem ser solicitados a descrever o papel de cada autor desenvolveu na elaboração do artigo, apontando que a participação na coleta de dados e apoio técnico na elaboração do artigo não são considerados autoria. Todos os autores devem ser assinantes da REBEEn.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinatura](#)]

© 2009 Associação Brasileira de Enfermagem

SGAN - Av. Prof. L2 Norte - Quadra 603 - Módulo B.
70830-030 - Brasília - DF - Brasil
Tel.: + 55 61 3226-0653
Fax: + 55 61 3226-4473



reben@abennacional.org.br

ANEXO C – REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

Page 1 of 11



ISSN 0104-0707 versão
impressa
ISSN 1980-265X versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Objetivo e política

Texto & Contexto Enfermagem, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, elege-se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

Forma e preparação de manuscritos

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: http://www.ijped.com.br/poit/normas/normas_07.asp.

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada

de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: http://www.iped.com.br/port/normas/normas_07.asp deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

Artigo original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Relato de experiência: descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Revisão da literatura: compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para

localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Entrevista: espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

Resenha: espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a (os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ††. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada

ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁸, entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatims) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...]* (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yendis; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da

enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva**. Rev. Eletr. Enferm. 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em:

http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/trde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem

Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, _____ de autoria de _____.

Classificação:

Endereço para correspondência:

Declaração de responsabilidade

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tomar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".

- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".

- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

MODELO

À Coordenação Editorial

Revista Texto & Contexto - Enfermagem**Declaração de Transferência de Direitos Autorais**

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (**escrever título do artigo**) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem**Declaração de conflitos de interesse**

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () acadêmico,
- () político e
- () financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Local, data:

Assinatura:

Envio de manuscritos

PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 300,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 80,00.

Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 120,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)
- R\$ 220,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

Revista Texto & Contexto Enfermagem

Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Reitor João David Ferreira Lima - Trindade - Florianópolis
Santa Catarina - Brasil - CEP 88040-970

Verificação de itens

Itens exigidos para preparação dos manuscritos

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatims de acordo com as normas.
7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de rodapé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.
9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Campus Universitário - Trindade
88040-970 Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
Tel.: +55 48 3721-9043 / +55 48 3721-9787



textocontexto@nfr.ufsc.br

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH**

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 036/09

I – Identificação:

Data de entrada no CEPESH: 12/03/2009

Título do Projeto: Atenção básica de saúde e o idoso: O cuidado de enfermagem no contexto do distrito DAGUA da cidade de Belém.

Pesquisador Responsável: Lucia Hisako Takase Gonçalves

Pesquisador Principal: Sandra Helena Isse Polaro

Instituição onde se realizará: Unidades de Saúde da Família do Riacho Doce, Parque Amazônia I e Racionaldo II, localizadas no Distrito Administrativo DAGUA do Município de Belém do Pará.

II - Objetivos:

Geral: Descrever o panorama de necessidades de saúde e seu atendimento, do usuário idoso e respectiva família no contexto do PSF, com foco nas ações de enfermagem.

- **Específico:** Identificar a percepção do usuário idoso e de seu familiar cuidador acerca das condições de vida e saúde, e de suas perspectivas de atendimento às necessidades, pelo programa de PSF.
- Identificar a percepção do enfermeiro (a) da equipe da ESF quanto aos cuidados prestados ao usuário idoso e estendidos ou não, ao respectivo familiar cuidador.
- Descrever as facilidades e dificuldades, do ponto de vista do (a) enfermeiro (a) da equipe da ESF, na dispensação de cuidados ao idoso e sua família, em meio à conjuntura vigente do sistema de saúde incluindo o serviço onde atua da UBS/ESF.

Referência que consubstanciará a tese de que frente às prováveis dificuldades materiais e de vida diária as quais o binômio idoso e família possam estar expostos, precisam contar com uma atenção integral do (a) enfermeiro (a) da Estratégia Saúde da Família que os assegure a possibilidade de desenvolverem atitudes e/ou comportamentos saudáveis, que favoreçam o máximo de saúde, bem - estar e qualidade de vida.

III- Metodologia: Aplicar-se à um questionário mantendo o anonimato das informações.

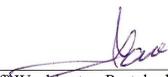
IV – Parecer CEPESH:

Aprovado

PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável à aprovação do referido projeto.

***Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 30 de março de 2009.**



Prof.^o Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 032

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 036/09 FR- 241837

TÍTULO: Atenção básica de saúde e o idoso: O cuidado de Enfermagem no contexto do distrito DAGUA da cidade de Belém.

AUTOR: Lucia Hisako Takase Gonçalves e Sandra Helena Isse Polaro.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 30 de março de 2009.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza