

MEMORIALIDADES



Universidade Estadual de Santa Cruz

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
RUI COSTA - GOVERNADOR

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
OSVALDO BARRETO FILHO - SECRETÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
ADÉLIA MARIA CARVALHO DE MELO PINHEIRO - REITORA
EVANDRO SENA FREIRE - VICE-REITOR

DIRETORA DA EDITUS
RITA VIRGINIA ALVES SANTOS ARGOLLO

EDITORA DA MEMORIALIDADES
Raimunda Silva d'Alencar

Conselho Editorial da Memorialidades

Adriana de Oliveira Alcântara (Antropologia, CE)
Alba Benemérita Alves Vilela (Uesb, BA)
Alda Brito da Motta (UFBA, BA)
Alexandre de Oliveira Alcântara (MP, CE)
Alfredo Jiménez Equizábal (Universidad de Burgos, Espanha)
Anatércia Ramos Lopes (Uesc, BA)
Benedita Edina da Silva Lima Cabral (UFMG, PB)
Carmem Maria Andrade (UFMS, RS)
Carmen Palmero Cámara (Universidad de Burgos, Espanha)
Edite Lago da Silva (Uesb, BA)
Janete Ruiz de Macedo (Uesc, BA)
Jesús Blas Vicens Vich (UB, Espanha)
Joan Muela Ribera (UAB, Espanha)
Joelma Batista Tebaldi (Uesc, BA)
Josanne Moraes (Uesc, BA)
Maria Consuelo Oliveira Santos (Unam, México)
Mauro José Ferreira Cury (Unioeste, PR)
Monique Borba Cerqueira (Instituto de Saúde, SP)
Nildo Manoel da Silva Ribeiro (UFBA, BA)
Noêmia Lima Silva (UFS, SE)
Raimunda Silva d'Alencar (Uesc, BA)
Rita de Cássia da Silva Oliveira (UEPG, PR)
Ruy do Carmo Póvoas (Uesc, BA)
Suzana Hübner Wolff (Unisinos, RS)
Vania Beatriz Merlotti Herédia (UCS, RS)

Conselho Científico da Memorialidades

Edite Lago da Silva Sena (UESB - Enfermagem) / Edméia Campos Meira (UESB - Enfermagem) / Fernanda Silva d'Alencar (UESC / Núcleo) / Frédéric Robert Garcia (UESC / DLA) / Isaias Francisco de Carvalho (UESC-DLA) / José Lúcio Costa Ramos (UFBA - Saúde) / Juan Facundo Sarmiento (UESC - DLA) / Kátia Ramos Silva (UFPP - Ciências Sociais) / Marcos Henrique Fernandes (UESB - Fisioterapia) / Maria Laura de Oliveira Gomes (UESC - Direito) / Matheus Silva d'Alencar (Fisioterapia / USP / UESC - Núcleo) / Márcia Valéria F. Diederich L. dos Santos (UESC - Núcleo) / Miguel Arturo Chamorro Vergara (UESC/DFCH - Núcleo) / Priscilla Sousa Silva (Secretaria de Saúde Itabuna / UESC - Núcleo)

A REVISTA MEMORIALIDADES É UMA PUBLICAÇÃO SEMESTRAL DO DFCH - NÚCLEO DE ESTUDOS DO ENVELHECIMENTO - DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, QUE TEM COMO PROPÓSITO DIVULGAR ANÁLISES DE TEMAS RELACIONADAS COM A QUESTÃO DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO HUMANOS.

MEMORIALIDADES

ANO 13, n. 25, jan./jun. e n. 26, jul./dez. 2016

A VELHICE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ASSISTÊNCIA EM DOMICÍLIO

Organizadora

Raimunda Silva d' Alencar

Ilhéus-BA



2016

Copyright ©2015 by UESC

Direitos desta edição reservados à
EDITUS - EDITORA DA UESC

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio,
seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Depósito legal na Biblioteca Nacional,
conforme Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

PROJETO GRÁFICO E CAPA

George Pellegrini

DIAGRAMAÇÃO

Álvaro Coelho/Lária Batista

REVISÃO

Genebaldo Pinto Ribeiro

Maria Luiza Nora

ILUSTRAÇÃO DA CAPA

Tamarindo, a árvore penteada do Piauí | <https://commons.wikimedia.org>

INDEXAÇÃO | INDEXUS

Latindex - Sistema regional de información en línea para revistas
científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Sumários.org - Sumários de Revistas Brasileiras

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Memorialidades/ Universidade Estadual de Santa Cruz.
Departamento de Filosofia e Ciências Humanas. Ano 1,
n. 1 (jan. 2004)-. - Ilhéus, BA : Editus, 2004 -
v.

Semestral.

Descrição baseada em: Ano 13, n. 25, (jan./jun.) e 26, (jul./dez. 2016)
ISSN 1808-8090

1. Idosos – Periódicos. 2. Condições sociais – 2. Periódicos. 3. Gerontologia – Periódicos. 4. Envelhecimento – Periódicos. I. Universidade Estadual de Santa Cruz. Departamento de Filosofia e Ciências Humanas.

CDD 362.6

EDITUS - EDITORA DA UESC

Universidade Estadual de Santa Cruz

Rodovia Jorge Amado, km 16 - 45662-900 - Ilhéus, Bahia, Brasil

Tel.: (73) 3680-5028

www.uesc.br/editora

editus@uesc.br

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

SUMÁRIO

EDITORIAL	7
------------------------	---

DIFICULDADES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA

DOMICILIAR À PESSOA IDOSA

Juliana Souza Lago	
Joelma Batista Tebaldi	
Raimunda Silva d'Alencar	11

A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) COMO SUJEITO TRANSFORMADOR NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AOS IDOSOS

Augusto Andrade Gonçalves	
Joelma Batista Tebaldi	
Raimunda Silva d'Alencar	31

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AOS IDOSOS EM DOMICÍLIO: OS ENFERMEIROS E A SOBRECARGA NO TRABALHO

Robertson Silva Nunes	
Raimunda Silva d'Alencar	61

EFEITOS DE PROGRAMAS DE TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO NA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA E NA AUTONOMIA FUNCIONAL DE IDOSOS

Marília de Andrade Fonseca	
Samaria Ali Cader	
Silvânia Matheus de Oliveira Leal	
Estélio Henrique Martin Dantas.....	89

EDUCAÇÃO E CUIDADO NAS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS

Alisson da Silva Souza	119
------------------------------	-----

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SITUAÇÃO DE SAÚDE

DE IDOSOS EM OFICINA DE QUALIDADE DE VIDA

Edlam de Souza Santos 141

A IMPORTÂNCIA DOS CINCO SENTIDOS PARA A MEMÓRIA

DOS IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monaliza de Castro Barbosa Santos

Pricila Oliveira Araújo

Milanda dos Santos Silva

Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro 161

EDITORIAL

O crescimento dos fatores de risco associado ao aumento da expectativa de vida, a exemplo das doenças crônico-degenerativas e suas incapacitantes sequelas, representam atualmente grande desafio para o sistema de saúde.

As estatísticas demográficas no Brasil têm mostrado que a proporção de pessoas maiores de 60 anos está crescendo rapidamente, representando atualmente mais de 14% da população, com perspectivas de superar, dentro de mais dez anos, 32 milhões de idosos. Como esse crescimento vem sendo uma constante, espera-se uma população envelhecida ainda maior, o que sugere aumento de demandas por serviços diferenciados na atenção à saúde.

O aumento de custos com internações prolongadas e re-internações em unidades hospitalares, pela resposta mais lenta do sistema orgânico da pessoa idosa, vem sugerindo ações pontuais das políticas públicas de saúde, capazes de reduzir as demandas, inclusive financeiras, para o sistema, e ampliar e/ou manter a capacidade funcional do idoso.

Estudos de caráter epidemiológico assinalam que pelo menos uma doença crônica é do que padecem cerca de 85% dos idosos, e 15% apresentam pelo menos cinco dessas patologias, que costumam perdurar por vários anos, exigindo serviços e ações qualificadas dos profissionais da saúde, familiares e cuidadores informais; 40% daqueles com idade acima de 65

anos precisam de algum tipo de auxílio para realizar ao menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, limpar a casa, preparar refeições; que 10% desses maiores de 65 anos requerem ajuda para realizar tarefas básicas como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até mesmo, sentar e levantar de cadeiras e camas.

O Ministério da Saúde¹ sinaliza que a dependência para o desempenho das atividades da vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre idosos com 90 ou mais anos. Portanto, quanto mais elevada a idade, maiores serão as chances de dependência, por perda das capacidades funcional e/ou cognitiva.

Nessa perspectiva, trabalhar no sentido de evitar ou reduzir a dependência dos maiores de 60 anos é uma das metas da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que, tomando como base a Estratégia de Saúde da Família (ESF), inseriu como diretrizes essenciais e meta basilar a promoção do envelhecimento saudável e a prevenção de doenças, bem como a manutenção da capacidade funcional e sua reabilitação (quando já comprometida), buscando a recuperação da saúde dos idosos que adoecem². Alcançar essas metas só

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

2 BRASIL. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. *Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências*. Brasília, 1999.

será possível a partir de ações capazes de manter o idoso junto da família e da comunidade onde vive, da forma mais digna e confortável possível.

Uma das estratégias adotadas pelo Estado, na perspectiva da ESF, foi a modalidade de assistência domiciliar, não apenas para desonerar o SUS, como apregoado em documentos oficiais, racionalizando o uso de leitos hospitalares e evitando o risco de infecções, mas oferecer maior possibilidade de humanização no atendimento, considerando que a proposta é prestar assistência à saúde do idoso mantendo-o no ambiente familiar e monitorando o estado clínico na própria residência do idoso.

A AD não se constitui em uma forma nova de atenção e cuidado da saúde, mas é a partir dos anos sessenta que sua atuação ganha reforço, e nos anos noventa se consolida legalmente com a reorganização do modelo assistencial em saúde (a partir da criação do SUS), quando cresce e passa a ser oferecida, também, por empresas particulares, cooperativas de serviços médicos e convênios de saúde, recebendo diferentes denominações.

O serviço é considerado substitutivo ou complementar à internação hospitalar e, até mesmo, atendimento ambulatorial. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrado às redes de atenção à saúde, conforme apregoam as políticas públicas vigentes.

A AD emerge como um modelo assistencial capaz de resolver ou minimizar os problemas de saúde do idoso numa perspectiva humanizada, ou seja, no cenário onde se dão suas principais relações pessoais e

sociais e onde ele, em maior grau, interage com múltiplos fatores que influenciam seu estado de saúde, seu adoecimento e sua reabilitação.

As ações de AD representam tentativas de cuidado no ambiente privado, individual, um contraponto à ação de cuidado desenvolvida em ambiente hospitalar, coletivo. Na atenção domiciliar não é o doente quem vai à equipe, mas esta é quem procura o doente.

Dentro dessa conotação, a implementação desse tipo de cuidado pode ser eficiente na possibilidade de desospitalizar o idoso quando em estágio avançado da doença e/ou da incapacidade, porque transfere-o para o espaço domiciliar, o que não significa que garanta eficácia (como a redução de custos com positividade da saúde, como é normalmente defendida).

Os artigos aqui apresentados discutem diferentes situações vivenciadas por profissionais da saúde como enfermeiros e agentes comunitários com a assistência domiciliar, que tem como objetivos promover, manter ou restaurar a saúde ou maximizar o nível de independência da pessoa idosa, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças.

Também fazem parte deste exemplar artigos que discutem a importância da convivência intergeracional e a participação dos idosos em programas educativos que contribuem com a sua saúde física e cognitiva, por consequência com a qualidade de vida e velhice ativa.

Raimunda Silva d' Alencar
Organizadora

DIFICULDADES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À PESSOA IDOSA

Juliana Souza Lago¹

Joelma Batista Tebaldi²

Raimunda Silva d'Alencar³

Resumo. A Assistência Domiciliar (AD) é uma modalidade alternativa à hospitalização, crescente nos últimos anos, em função das modificações no perfil epidemiológico, a partir do crescimento da população idosa e do aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, dentre outros. Este estudo teve como objetivo conhecer a realidade da AD prestada pelos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família (USF), identificando as principais dificuldades encontradas para a sua realização, importância e contribuições do enfermeiro da atenção básica no que diz respeito às práticas que favorecem a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Trata-se de pesquisa de campo descritiva, desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família dos municípios de Itabuna e Ilhéus, junto a enfermeiros. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, da qual participaram 18 enfermeiros. A análise dos dados evidenciou equívocos importantes a respeito das modalidades que os profissionais dizem realizar, em comparação com o que apregoam os documentos oficiais, dificuldades e desafios encontrados para operacionalizar a

1 Enfermeira. Pesquisadora bolsista do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-mail:* <julinha15@hotmail.com>

2 Enfermeira. D.ra em Educação. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-mail:* <joelmatebaldi@gmail.com>

3 Professora Assistente. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-mail:* <r_alencar2@yahoo.com>

política de assistência domiciliar, sugerindo a necessidade de maior capacitação dos profissionais vinculados à Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave. Assistência Domiciliar. Velhice. Atenção Básica.

HARDSHIPS FACED BY NURSES IN THE ELDERLY HOME CARE PROGRAM

Abstract. Home care (HC) is an alternative to hospitalization that has grown in recent years due to changes in the epidemiological profile, from the growth of the elderly population, the increased morbidity and mortality from chronic non communicable diseases, among others. This study aimed to describe the reality of HC provided by nurses of the Family Health Units (FHU), identifying the main difficulties encountered in carrying out this activity, besides addressing the importance and contributions of nurses to primary care with regards to practices that favor the promotion of active and healthy aging. This is the result of a descriptive field research developed in Family Health Units by nurses in the municipalities of Itabuna and Ilheus (South Bahia, Brazil). Data collection was conducted through structured interviews with 18 nurses. The data analysis showed significant misconceptions about the ways that professionals say they perform, compared with what the official documents state, highlighting the difficulties and challenges encountered to operationalize the home care policies, suggesting the need for more training of professionals involved in Primary Health Care.

Keywords. Home care. Old age. Primary Care.

LAS DIFICULTADES DEL ENFERMERO EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA A LOS ANCIANOS

Resumen. La asistencia domiciliaria (AD) es una modalidad alternativa a la hospitalización y que ha crecido en los últimos años en virtud de las modificaciones en el perfil epidemiológico, a partir del crecimiento de la población anciana, aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros factores. Este estudio tuvo como objetivo conocer la realidad de la AD prestada por los enfermeros en las unidades de salud de la familia (USF), identificando las principales dificultades encontradas para la realización de esta actividad, como también, abordar la importancia y las contribuciones del enfermero de atención básica en relación a las prácticas que favorecen la promoción de un envejecimiento activo y saludable. Se trata de una investigación de campo descriptiva, desarrollada en las Unidades de Salud de la Familia de los municipios de Itabuna e Ilhéus, junto a enfermeros. La recolección de datos fue realizada a través de entrevistas estructuradas, de la que participaron 18 enfermeros. El análisis de los datos evidenció equívocos importantes relacionados con las modalidades que los profesionales dicen realizar, en comparación con lo que dicen los documentos oficiales, las dificultades y desafíos encontrados para operacionalizar la política de asistencia domiciliaria, sugiriendo la necesidad de mayor capacitación de los profesionales vinculados a la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Asistencia Domiciliaria. Vejez. Atención Básica.

LES DIFFICULTÉS DE L'INFIRMIER DANS L'ASSISTANCE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

Résumé. L'assistance à domicile (AD) est une modalité alternative à l'hospitalisation et se développe ces dernières années à cause des modifications du profil épidémiologique, à partir de la croissance de la population plus âgée, l'augmentation du taux de mortalité causé par des maladies chroniques non transmissibles, entre autres. Cette étude a eu comme objectif de connaître la réalité de la AD proposée par les infirmiers dans les unités de santé de la famille (USF), identifiant les principales difficultés rencontrées pour la réalisation de cette activité, comme également, d'aborder l'importance des contributions de l'infirmier de l'accueil basique en ce qui concerne les pratiques qui favorisent la promotion du vieillissement actif et sain. Il s'agit d'une recherche descriptive, développée dans les Unités de Santé de la Famille des Villes d'Itabuna et d'Ilhéus, auprès d'infirmiers. La collecte de données a été réalisée à travers d'entrevues structurées avec la participation de 18 infirmiers. L'analyse des données a mis en avant les importantes erreurs commises avec les modalités que les professionnels disent réaliser, en comparaison avec ce que préconisent les documents officiels, les difficultés et les défis rencontrés pour mettre en oeuvre la politique d'assistance à domicile, suggérant la nécessité d'une meilleure préparation des professionnels liés à l'Attention Primaire de la Santé.

Mots-clé. Assistance à Domicile. Vieillesse. Attention Basique.

1 INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento da população brasileira, associado às probabilidades de alterações de saúde com o avançar da idade e do estilo de vida em

etapas anteriores à velhice, vem criando demandas importantes para as famílias e o sistema de saúde, que é pressionado a buscar alternativas capazes de reduzir os gastos e, paralelamente, preencher as necessidades da população como um todo.

As mudanças verificadas no quadro demográfico, decorrentes da melhoria das condições de vida da população e dos avanços científicos na área da saúde, associam-se a uma transição epidemiológica, em que doenças infecciosas agudas, presentes entre as populações mais jovens, são gradualmente substituídas por doenças crônico-degenerativas, aquelas que acometem em maior proporção as populações adulta e idosa.

O Ministério da Saúde, em publicação de 2002, aponta que 85% dos idosos brasileiros apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, enquanto 15% podem apresentar pelo menos cinco delas, o que significa demanda para os serviços de saúde e para os profissionais a eles vinculados (BRASIL, 2002). A dependência do sistema de saúde pública e os gastos associados são ampliados cada vez mais, não apenas em função do crescimento da população idosa e do aumento da longevidade, mas na medida em que a dinâmica da sociedade também acelera essa demanda.

Diante desse quadro e da tendência de crescimento da população idosa que não deve sofrer alterações nos próximos anos, as práticas de saúde serão maiores sobre as doenças crônicas e sobre a qualidade de vida.

As alternativas encontradas para dar conta desse quadro que vem se desenhando há algumas décadas é

a ampliação do sistema público de saúde e a inserção, nele, da assistência domiciliar, uma política pública de saúde sob responsabilidade dos profissionais que atendem nas unidades da Atenção Primária à Saúde diretamente em contato com a comunidade. Essa política se consolida concomitante com as metas da Organização Mundial da Saúde, quando cria o conceito de *envelhecimento ativo*, e o define como “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” e estabelece como meta a ser atingida até o ano 2020, o *envelhecer com saúde* (WHO, 2005, p.13).

Isso significa que todas as possibilidades devem ser encontradas para que a pessoa idosa, na medida do possível, continue mantendo as suas capacidades, tanto físicas quanto cognitivas, e continue vinculada à família e à comunidade a que pertence, mantendo papel ativo.

A assistência domiciliar, embasada nos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, é apresentada em diferentes documentos oficiais (programas, portarias, protocolos) como alternativa capaz de minimizar os problemas de saúde do idoso, cuidando dele em sua própria casa, cuidado este que pode representar mais rápida eficácia na sua recuperação (BRASIL, 1996; 1997; 1999; 2001; 2003; 2005; 2011; 2012; 2013).

Na perspectiva da AD, portanto, o profissional da enfermagem passa a ter um papel singular, ocupando uma posição privilegiada na promoção dos cuidados à saúde dessa pessoa idosa, quando sai do es-

paço público e pode adentrar em ambiente privado, particular, que não lhe pertence, espaço social e afetivo de pessoas em condição de fragilidade.

Este artigo é subsidiado pela pesquisa que objetivou conhecer o exercício da AD na perspectiva de profissionais da enfermagem⁴, a partir do destaque de cinco questões, de um total de 46 constantes da pesquisa. As informações aqui analisadas fizeram parte de entrevistas feitas com 18 enfermeiros (dois homens e dezesseis mulheres). As cinco questões destacadas dizem respeito à concepção do enfermeiro acerca da assistência domiciliar, fatores que a influenciam, motivação para realizá-la, frequência com que é desenvolvida, carga horária disponibilizada e dificuldades encontradas.

2 FALANDO DE CUIDADO NA ENFERMAGEM

O processo de cuidar faz parte da vida desde os primórdios da humanidade e é tema que suscita discussões as mais variadas. A base do processo de atuação do profissional enfermeiro é o cuidado e tem o doente como principal objeto de sua prática. O cuidado em enfermagem envolve um complexo de ações e fundamenta-se na interação dos indivíduos, onde há uma relação mútua de crescimento e troca de saberes.

A enfermagem tem buscado compreender o ser humano em sua totalidade, voltando suas práticas

4 Desenvolvida pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESC e registrada na PROPP sob N. 00220.1700.1055/2011.

muito mais ao doente e não às doenças, deixando de lado a relação distante profissional-sujeito doente, e estabelecendo um trabalho com expressão, criatividade e reconhecimento de que cada indivíduo, ainda que doente, apresenta suas particularidades e realidades diferenciadas.

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (2012), que trata das Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica, é preciso haver uma abordagem integral à pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural, dentro de uma visão ética comprometida com o respeito à individualidade. Assistir com integralidade inclui, dentre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do cotidiano.

A abordagem do cuidado nada mais é do que a humanização nas relações. Cabe ressaltar aqui a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) proposta pelo Ministério da Saúde, apresentada como uma proposta para melhorar a qualidade das relações de trabalho na saúde. Embora não seja uma característica só da enfermagem, é nela que o cuidado se concretiza plenamente e se profissionaliza, pois ocupa o privilégio de estar mais assídua junto das pessoas em condição de vulnerabilidade, lutando pela vida e/ou pela melhoria da sua qualidade (WALDOW, 2006).

Para que as atividades da atenção domiciliar atendam às necessidades do usuário/família, é necessário haver o planejamento das ações em equipe e prescrição de cuidados, sendo flexível e de acordo com a realidade de cada indivíduo.

3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO EM CASA

a) O papel do enfermeiro em documentos oficiais

O papel do profissional da enfermagem vem sendo modificado ao longo do tempo, em função das novas possibilidades da profissão. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, foram formuladas diversas políticas destinadas aos serviços de saúde e assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi uma proposta de assistência integral à saúde da população, considerando as características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população (GIACOMOZZI, 2006).

A ESF surge, então, como uma tentativa de reorganizar a atenção básica, ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico, possibilitando o acesso ao cuidado das pessoas incapacitadas aos serviços de saúde.

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (2012), é responsabilidade das equipes de atenção básica atender aos cidadãos conforme suas necessidades, que podem ocorrer por variadas motivações, a exemplo de barreiras geográficas e arquitetônicas das unidades de saúde, distância entre a residência do doente e a unidade, além do estado de saúde da pessoa demandante do cuidado.

Dessa forma, o enfermeiro, como integrante dessa equipe, deve reorganizar o seu processo de trabalho cumprindo com suas atribuições de acordo com as diretrizes e princípios do SUS⁵. Esse profissional, portanto, deve ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da pessoa demandante de cuidados.

b) A importância e as contribuições do enfermeiro para a AD

O enfermeiro é integrante da equipe de saúde e tem o papel de proporcionar uma assistência aos idosos centrada em atitudes efetivas e de impacto, direcionadas para a educação em saúde e com foco na autonomia desse segmento populacional, fazendo com que tenha o potencial de realizar e desenvolver as atividades de vida diária (AVD) e o autocuidado. Deve, ainda, buscar conhecer cada vez mais o processo de senescência e patologias associadas, para que o cuidado seja exercido com qualidade, resultando em saúde física, bem-estar psicológico e uma diminuição no nível de dependência.

O enfermeiro deve atuar como planejador, organizador e implementador da assistência domiciliar, me-

5 Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre outros documentos do Ministério da Saúde, preconizam as atribuições da área da saúde, incluindo o contexto da assistência domiciliar

lhorando a qualidade dessa assistência na Atenção Primária à Saúde, conforme sinaliza Duarte (2001). Fundamentando-se nessas informações, observa-se a necessidade de haver, no planejamento das ações de enfermagem, fatores/alternativas que possam estimular os idosos a realizarem atividades de vida diária sem dependência, uma vez que estas são essenciais para o desenvolvimento da sua capacidade funcional. É ainda Duarte (2001, p. 127) quem afirma que

a enfermagem desenvolve procedimentos na assistência domiciliar, tais como: cuidados com as necessidades fisiológicas básicas; tratamento de curativos; administração de medicamentos; administração de quimioterapia; cuidados e controles de pacientes com aparelhos; orientações, cuidados e controles de pacientes pós operatórios, com doenças transmissíveis, a família do paciente terminal; e capacitação do paciente e família para autocuidado.

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a AD é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. O enfermeiro é um dos principais atores da prática do

cuidado em saúde e tem a AD como uma modalidade de atuação que busca contribuir com a assistência primária de saúde da população, mas requer planejamento e tempo para a sua efetivação.

Em uma das questões da entrevista, sobre a carga horária disponibilizada para a realização da AD, 55,5% dos enfermeiros entrevistados afirmaram que reservam um turno da semana para esse fim, o que significa quatro horas semanais; 27,8% afirmaram reservar dois turnos, portanto, oito horas semanais, e 16,7% não reservam tempo específico, afirmando que se encontram disponíveis de acordo com a demanda da população. Mesmo aqueles que reservam algum turno para esse trabalho, também se dizem disponíveis para a demanda da população, conforme uma das falas:

- [...] Agendo um período de quatro horas semanais; porém, a depender da demanda, vou a área sem problema.

Quando essa informação é comparada com outras ações desse profissional, e com respostas dadas pelos usuários dos serviços e pelos Agentes Comunitários de Saúde (embora não tenha sido objeto desta análise), percebe-se que esse agendamento pode não se concretizar na prática cotidiana e as visitas a que se referem apenas podem ocorrer esporadicamente, seja pela limitação de profissionais e equipes, seja por variadas dificuldades, que vão da falta de materiais básicos para um curativo, à violência que impede o livre ir e vir das pessoas nas áreas de atuação desses profissionais.

Dentre as principais dificuldades relatadas pelos enfermeiros para desenvolver a assistência domiciliar, destacam-se: a falta de materiais, o difícil acesso às moradias dos usuários, a equipe incompleta e a violência regional.

À falta de materiais se enquadram: impressos para registro de evoluções do paciente, vestimentas adequadas para os profissionais (bonés, bolsa, proteção solar), materiais para a realização de curativos (gaze, soro fisiológico, ataduras), dentre outros. Essas situações só podem dificultar o adequado atendimento à população como um todo e, em especial, àquela demandante da assistência domiciliar.

A ação desse profissional também pode estar sendo dificultada pela precária urbanização e saneamento básico, presentes em alguns bairros das duas cidades onde a pesquisa foi desenvolvida. São encontrados esgotos a céu aberto, ladeiras íngremes que não possuem ruas, apenas caminhos feitos pelos próprios moradores, alguns deles sem condições de trânsito de automóveis, o que dificulta o acesso aos domicílios e, conseqüentemente, a realização da AD.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera que a ESF deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. A formação incompleta das equipes que atuam nas ESF de Ilhéus e Itabuna foi outro fator impeditivo à realização da AD.

- [...] *A gente tenta sempre atender à demanda de visitas da unidade, mas nem sempre é possível atender a todos (E1).*

- [...] *Falta de equipe multiprofissional; só o enfermeiro trabalha com estratégia de saúde da família e cumpre 40 horas (E3).*

Essa situação acaba por sobrecarregar os profissionais existentes, na maioria das vezes impossibilitados de se ausentar da unidade para não deixá-la descoberta, considerando também que a AD demanda tempo e dedicação para que seja feita de forma adequada.

As ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento das pessoas idosas dependem do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde no processo de cuidado integral, na perspectiva do exercício do trabalho em equipe e interdisciplinar (BARROS, 2011).

Em relação à violência, que representa uma realidade em todos os espaços brasileiros, o enfermeiro fica impossibilitado de sair de sua casa ou da unidade de saúde para realizar as visitas domiciliares, por força de violentos confrontos de bandidos que, em alguns dias, ordenam o fechamento de escolas e de unidades de saúde.

Essa violência faz com que os profissionais trabalhem sob tensão, amedrontados para sair de suas próprias casas e das unidades para os domicílios dos usuários de serviços de saúde.

Quanto à família, esta tem um papel fundamental e contribui para a promoção, prevenção e cura do paciente, pois é a base para todas as relações sociais. Na velhice ela ocupa papel ainda mais significativo, pela fragilidade que caracteriza um idoso adoecido. Nesse sentido, os enfermeiros na AD devem procurar

inserir e valorizar o conhecimento informal dos familiares, reconhecendo-os como sujeitos ativos no processo de cuidado, tratamento e recuperação.

Um aspecto importante do realce para o papel da família é que no domicílio, o enfermeiro encontra-se em um ambiente de construção de saberes e relações que precisam ser moldadas a partir do grau de compreensão e possibilidades de ação dos cuidadores. Isso facilita uma maior interação com o idoso e sua família, e uma efetiva construção de vínculo com os usuários. Por ser assim, deve respeitar as diferentes capacidades de aprendizagem e de execução dos cuidados, avaliando de forma constante a aprendizagem adquirida (LACERDA, 2003).

É importante realçar aqui que nenhuma dificuldade foi relatada pelo enfermeiro em relação ao atendimento à pessoa idosa, o que não significa que não a tenha, principalmente pelo despreparo desses profissionais no que diz respeito ao conhecimento geriátrico e gerontológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu conhecer um pouco da realidade da assistência domiciliar exercida pelos enfermeiros, identificando as principais dificuldades encontradas para a realização da assistência domiciliar e a importância desses profissionais no modelo de atenção básica.

Além das dificuldades assinaladas (falta de materiais, difícil acesso aos domicílios, equipes incompletas e violência), não se pode omitir a questão do

desconhecimento a respeito das políticas de atenção à pessoa idosa, e da própria Atenção Primária à Saúde, do despreparo desses profissionais que não recebem apoio de gestores municipais para a necessária atualização profissional, como participação em cursos, em congressos, além da própria agenda de trabalho, que não contempla tempo para discussões e debates sobre temas importantes que envolvem a população da própria área onde atuam.

Os resultados encontrados confirmam que há dificuldades na implementação da AD e que esta, quando ocorre, não é efetiva tampouco qualificada. A maioria das unidades de saúde não possui uma equipe mínima preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica e, de acordo com as dificuldades já citadas, os enfermeiros realizam a AD de forma precária, sem planejamento em equipe, muitas vezes não cumprindo ou cumprindo de maneira falha a carga horária que dizem ter programado.

Finalmente, a pesquisa contribuiu para um novo olhar em relação aos profissionais da enfermagem no próprio ambiente de trabalho, tanto no que concerne às ações que desenvolvem, ao conhecimento das políticas que precisam dominar, aos relacionamentos internos às unidades onde atuam, bem como de demandas por capacitação e atualização de conhecimentos, para a oferta de uma assistência mais bem qualificada e mais prazerosa. Não se pode negligenciar o fato de que o medo tanto da violência quanto das precárias relações e condições de trabalho podem levar esses profissionais a estresses que prejudicam o atendimento à população.

REFERÊNCIAS

BARROS, Terezinha Barbosa de; MAIA, Evanira Rodrigues; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. Rev Rene, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 732-41, out/dez. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. PORTARIA MPAS/SEAS Nº 73, DE 10 DE MAIO DE 2001. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília, DF. 2001

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Gabinete Presidencial. Decreto No. 1.948, que regulamenta a Lei 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília: DF. 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Decreto Lei n. 1948, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF, MPAS. 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 237-E, p. 20-24, 13 dez., seção I.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria MPAS/SEAS Nº 73, DE 10 de maio de 2001. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF): 14 maio 2001. Seção 1, p.174-184.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.741/2003 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: DF, 2003.

BRASIL, Lei nº 1074/2003. Estatuto do Idoso. Brasília: DF, outubro de 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. Brasília,DF. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, DF. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 4. ed.; 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N. 1.533/2012, de 16 de julho de 2012, que redefine a atenção. Brasília, DF. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília,DF. v. 1, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 963/2013, de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar - Departamento de Atenção Básica. Passo-a-passo para Implantação das Equipes de Atenção Domiciliar. Melhor em casa. Brasília, DF. 2013.

DUARTE, Ricardo; SANTOS, Carlos E. Reflexões sobre o cuidar de enfermagem na assistência domiciliar. UNISA, RevEnferm , n. 2, p. 125-8. 2001.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, out./dez. 2006.

LACERDA, MR, OLINSKI, SR. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. Texto & Contexto Enferm, v. 12, n. 3, p. 307-13. 2003.

WALDOW, Vera Regina. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. – Petrópolis, RJ; Editora Vozes, 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.60p.: il.

Recebido em agosto de 2014
Reapresentado em maio de 2015
Aprovado em outubro de 2015

A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) COMO SUJEITO TRANSFORMADOR NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AOS IDOSOS

Augusto Andrade Gonçalves¹

Joelma Batista Tebaldi²

Raimunda Silva d'Alencar³

Resumo. A Assistência Domiciliar (AD) ocupa um lugar significativo nas políticas públicas voltadas ao envelhecimento da população, sendo legitimada através de instrumentos legais inseridos na prática cotidiana das unidades de saúde. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), membro da equipe de saúde da atenção primária, representa o elo de proximidade desta com as famílias da comunidade adscrita, imprimindo significativa importância ao cuidado dispensado ao idoso da comunidade. Este estudo buscou identificar a percepção do ACS em relação à AD, quanto à formação da equipe, limitações/facilidades para o seu desenvolvimento, modalidades utilizadas e do que consistem. É um estudo descritivo, qualitativo, realizado junto a profissionais das unidades de saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família, em dois municípios do sul da Bahia, utilizando-se de entrevista estruturada para a coleta dos dados. Treze questões foram formuladas e analisadas 96 entrevistas com o ACS. As dificuldades assinaladas referem-se à falta de materiais (para 44,79% dos entrevistados), enquanto as facilidades

1 Enfermeiro. *E-mail*: <<scottandrad@hotmail.com>

2 Prof.^a Plena, Mestra em Enfermagem, doutora em Educação. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus, Bahia. *E-mail*: <joelmatebaldi@gmail.com>

3 Prof.^a Assistente, Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Uesc. Ilhéus, Bahia. *E-mail*: <r_alencar2@yahoo.com.br>

circunscrevem-se à receptividade da população (46,88% dos entrevistados). Quanto às modalidades assinaladas, a visita e a consulta domiciliar foram realçadas por 78,13% deles. O ACS pontua a importância da sua participação no trabalho em domicílio, destacando a precariedade do sistema de saúde para a efetivação dessa modalidade de assistência, sendo realizada muito mais pela motivação pessoal e receptividade comunitária.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Assistência domiciliar. Idosos

THE PERCEPTION OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT (CHA) IN HOME CARE FOR THE ELDERLY

Abstract. Home care (HC) occupies a significant place in public policies that are concerned about the aging of the population, including some legal instruments which. Inserted in the daily practice of health agencies, the Community Health Agents (CHA) have the main task to establish a close relationship between the families of the enrolled community and the multidisciplinary health care team, giving them relevance in HC. For this study, 13 questions were highlighted and 96 interviews with CHA were analyzed, drawn from a larger survey of professionals in the health units with and without the Family Health Strategy, in two cities of the South Bahia, Brazil. In a qualitative approach with the use of structured interviews for data collection, the selected questions sought to identify the perception of CHA regarding multiprofessionality in HC, the limitations/strengths for its development, the types of modality used and what they consist of. As for the difficulties identified to perform HC, the main problem was the lack of materials, present in 44.79% of the answers. Regarding the strengths, it was highlighted the "receptivity of the population" (46.88%). The home visit and the home

medical check appear in 78.13% of the statements regarding the types of HC. The CHA point out their participation in home care emphasizing the precariousness of the health system for the effectiveness of such assistance mode, being held more by personal motivation and community receptivity.

Keywords: Community Health Agent. Home care. Elderly.

LA PERCEPCIÓN DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD (ACS) EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA A LOS ANCIANOS

Resumen. La asistencia domiciliaria (AD) ocupa un espacio significativo en las políticas públicas que se preocupan con el envejecimiento de la población, teniendo en algunos instrumentos la legalidad para la atención en domicilio. Insertados en práctica cotidiana de las unidades de salud, los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) tienen como principal atribución establecer una relación de proximidad entre las familias de la comunidad adscripta y el equipo multiprofesional de salud, dándole importancia en la AD. Para este estudio fueron destacadas 13 preguntas y analizadas 96 entrevistas con ACS, extraídas de una investigación más amplia realizada junto a profesionales de las unidades de salud con y sin Estrategia de Salud de la Familia, de los municipios de Ilhéus e Itabuna. De enfoque cualitativo y utilizando entrevista estructurada para la recolección de los datos, las preguntas seleccionadas buscaron identificar la percepción del ACS tanto como la multiprofesionalidad en la AD, las limitaciones/facilidades para su desarrollo, los tipos de modalidad utilizadas y de lo que consisten. En relación a las dificultades apuntadas para realizar la AD, el principal problema fue la falta de materiales presente en 44,79% de las hablas registradas. En relación a las facilidades, fue destacada la "receptividad

de la población" (46,88%). La visita y la consulta domiciliaria aparecen en 78,13% de las hablas en los tipos de modalidad para la AD. Los ACS indican su participación en el trabajo en domicilio realizando la precariedad del sistema de salud para efectivizar esa modalidad de asistencia, siendo realizada mucho más por la motivación personal y receptividad comunitaria.

Palabras clave. Agente Comunitario de Salud. Asistencia domiciliaria. Ancianos.

LA PERCEPTION DE L'AGENT COMMUNAUTIRE DE SANTÉ (ACS) DANS L'ASSISTANCE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES.

Résumé. L'assistance à domicile (AD) occupe un espace significatif des politiques publiques qui traitent du vieillissement de la population et dispose de certains instruments légaux disponibles pour les soins à domicile. Insérés dans la pratique quotidienne des unités de santé, les Agents Communautaires de Santé (ACS) ont comme principal attribution d'établir une relation de proximité entre les familles de la communauté et l'équipe multiprofessionnelle de santé en leur montrant l'importance de l'AD. Pour cette étude, 13 questions ont été élaborées et 96 entrevues ont été analysées avec les ACS, extraites d'une recherche plus vaste réalisée auprès des professionnels des unités de santé, certaines avec, d'autres sans stratégie familiale, dans les villes d'Ilhéus et d'Itabuna. À partir d'un abordage qualitatif et à partir d'entrevues structurées pour recueillir les données, les questions sélectionnées visaient identifier la perception des ACS par rapport au multiprofessionnalisme de l'AD, les limitations/facilités pour leur développement, les types de modalités employées et en quoi elles consistent. Quant aux difficultés relevées pour réaliser l'AD, le principal problème

a été le manque de matériel, cité dans 44,79% des cas. Par rapport aux facilités, “la réceptivité de la population” (46,88%) a été citée. La visite et le soin à domicile apparaissent dans 78,13% des cas à propos des différents types de modalités pour l’AD. Les ACS soulignent dans leur participation au travail à domicile la précarité du système de santé pour mettre en oeuvre cette modalité de soins, possible surtout grâce à la motivation personnelle et à la réceptivité de la communauté.

Mots-clé. Agent Communautaire de Santé. Assistance à domicile. Personnes Âgées.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem se constituindo em uma realidade cada vez mais crescente e natural no Brasil e no sul da Bahia em particular. Esse crescimento, associado à maior longevidade, vem se tornando uma das grandes preocupações para toda a sociedade, especialmente no que se refere à dimensão social da vida, aí inclusos o sistema de saúde e os aspectos sanitários (BRASIL, 2010).

Esse rápido crescimento no Brasil vem sendo desproporcional à reorganização social e de saúde para atender as necessidades criadas, gerando preocupação do governo com políticas públicas que deem conta dos idosos, com demanda cada vez maior para a Atenção Primária à Saúde (APS). Hoje, com as condições que tem a saúde, o Brasil está com mais de 13% da sua população com mais de 60 anos (IBGE, 2014).

A transição epidemiológica, caracterizada pela mudança do perfil de morbimortalidade da população, revela um decréscimo progressivo nas mortes

por doenças infectocontagiosas e uma elevação nas mortes por doenças crônicas (BRASIL, 2010). Essas enfermidades têm necessidades substanciais, como a exigência de cuidados constantes, o uso de medicação contínua e exames periódicos. Com a incorporação de 650 mil novos idosos por ano, a demanda desse público por serviços de saúde também se eleva, fomentando internações hospitalares mais frequentes, visto que as atividades preventivas ainda são escassas no âmbito da APS (VERAS, 2009).

As mudanças assinaladas, acrescidas ao estilo de vida dos indivíduos e modelo curativista ainda prevalente, levam ao aumento de internações, o que exige a reformulação do modelo de atenção à saúde. Essa reformulação passa pela redução de custos com o uso exagerado de tecnologia, substituição do modelo médico hegemônico ainda vigente no País (BRASIL, 2012a), além da integralidade da assistência, universalidade e preservação da autonomia das pessoas, conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde.

A Organização Mundial de Saúde aconselha que as políticas de saúde na área do envelhecimento considerem determinantes que influenciam a qualidade do envelhecimento, como a alimentação, moradia, saneamento básico, renda e interação social (OMS, 2005), também considerados pela Lei Nº 8.080/90, como pressupostos para a manutenção de uma melhor qualidade de vida.

Várias são as políticas de saúde que abrangem os idosos no Brasil, considerando as duas últimas décadas, a partir da Política Nacional do Idoso e da

Política Nacional de Saúde do Idoso, no início dos anos noventa, que estabelecem obrigatoriedade de atendimento diferenciado à população idosa, reforçadas por políticas posteriores, como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e Diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a). Acrescenta-se ainda a Política de Atenção Primária à Saúde, a Política de Assistência Domiciliar, o Programa Nacional de Humanização, todos eles assegurando proteção, prioridade de atendimento, recuperação, manutenção e promoção da autonomia.

A Atenção Domiciliar (AD), na dinâmica descrita, ocupa um espaço significativo nas políticas públicas, a partir de diretrizes que a definem como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Caracteriza-se por um conjunto de ações prestadas em domicílio ao indivíduo com algum nível de dependência, que busca garantir uma continuidade de cuidados e que esteja integrado à rede de atenção à saúde, a exemplo das Portarias nº 73/2001, nº 963/13, e do Estatuto do Idoso e do Pacto pela Saúde.

Nesse panorama, a APS surge com o objetivo de reorganizar o modelo de saúde e descentralizar a assistência, tornando-se o primeiro contato dos usuários no sistema de saúde. Essa atenção mais capitalizada objetiva o desenvolvimento da integralidade da saúde dos indivíduos e do coletivo, assumindo um território delimitado, com a responsabilidade de efetuar ações que impactem na situação e nos determinantes de saúde da população adscrita. Tem a responsabilidade de ser a base da rede, com o objetivo

de articular os serviços de saúde e responder positivamente às necessidades da população, com o caráter resolutivo e coordenador do cuidado, tal como realizar a AD, quando as necessidades dos usuários forem de menor complexidade e frequência, e prover suporte para as equipes responsáveis por um atendimento mais complexo (BRASIL 2012b; 2013).

Em conformidade com essas atividades, o Ministério da Saúde (MS) estabelece que as unidades de saúde devem funcionar com uma equipe multiprofissional, na qual o Agente Comunitário de Saúde (ACS) esteja inserido. Esse profissional tem a responsabilidade, dentre outras, de realizar a visita domiciliar para o acompanhamento das famílias e indivíduos, com ações de prevenção a agravos e promoção à saúde a partir de intervenções educativas, deixando-o próximo à comunidade, sendo, dessa forma, importante sujeito na interação dos indivíduos com os serviços de Atenção Primária à Saúde e na execução da assistência domiciliar (BRASIL, 2012b).

Com o crescente número de idosos e a necessidade da reorganização do modelo assistencial para garantir serviços que supram as atuais condições de saúde da população, o que inclui agravos crônicos, assim como o importante papel da atenção à saúde primária na prevenção de afecções, promoção da saúde e garantia de um atendimento integral mais próximo ao indivíduo, percebe-se a necessidade de avaliar as condições da assistência domiciliar oferecida pela APS.

O ACS como um profissional fundamental na mediação entre as demandas da população e a equipe multiprofissional, além de ser um morador da área

adstrita da unidade de saúde e integrante da comunidade, tem perspectiva relevante na avaliação da AD implantada em seu território.

Este trabalho⁴ teve como objetivo analisar a AD aos idosos oferecida pelas equipes da APS dos municípios de Ilhéus e Itabuna (BA) sobre a percepção do ACS, assim como caracterizar essa categoria profissional e identificar as facilidades e dificuldades que encontram para o exercício da AD. O seu caráter descritivo permitiu somar às falas dos profissionais de saúde o que fora observado no ambiente de trabalho pelo entrevistador. De abordagem qualitativa, foi utilizada a entrevista estruturada, realizada no ambiente de trabalho dos profissionais⁵. Das 45 questões da pesquisa original, foram destacadas 13 para este artigo, e analisadas 96 entrevistas feitas com o ACS, em 24 Unidades Básicas e de Saúde da Família, das duas cidades, 11 delas em Ilhéus e 13 em Itabuna. As 13 questões incorporam variáveis como idade, sexo, conjugalidade, escolaridade, renda, formação profissional, acrescidas de percepções quanto à multiprofissionalidade na AD, as limitações/facilidades para o seu desenvolvimento, modalidades utilizadas e do que consistem. A análise das respostas

4 Este artigo faz parte de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC intitulado “Assistência Domiciliária (AD) oferecida pelas UBS e ESF aos idosos Itabuna e Ilhéus, BA”, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da UESC e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB.

5 Com consentimento livre e termo devidamente assinado pelos participantes.

tomou como parâmetro o conteúdo das políticas públicas de saúde para a população idosa, referentes à assistência domiciliar.

O PAPEL HISTÓRICO DO ACS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os Agentes Comunitários de Saúde passam a ser conhecidos no cenário da saúde brasileira a partir da década de 1990, tomando como referência uma ação bem sucedida ocorrida no estado do Ceará, em 1987, quando as atividades básicas de saúde eram realizadas durante o período crítico de seca, sob financiamento de fundos especiais de emergência. Esses profissionais, integrantes da comunidade, foram incluídos com o papel de fazer intervenções junto à comunidade da qual faziam parte (BRASIL, 2005; CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010).

Após momento crítico, a ação torna-se programa permanente, através de recursos do Estado, e esses agentes passam a realizar atividades para melhorar a capacidade da comunidade em cuidar de si, já sendo responsabilizados por números mínimos de famílias. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) assume a responsabilidade de subsidiar o projeto e denomina-o Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNAS), posteriormente modificado para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), objetivando reduzir mortalidades infantil e materna, além de foco na família como unidade de ação programática de saúde, com forte noção de área de cobertura

(BRASIL, 2005). Todavia, esse programa foi instituído e regulamentado apenas em 1997, quando iniciado o processo de descentralização de recursos do SUS (BRASIL, 2001a).

Esse profissional já se reconhece como representante social e elo da comunidade com o conhecimento biomédico. Portanto, assume dois espaços, o institucionalizado e o da comunidade, aproximando o saber técnico das equipes ao saber popular dos grupos sociais (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010; PINTO; FRACOLLI, 2010).

A regulamentação desse programa consta da Portaria nº 1.889/97 que aprova suas normas e diretrizes, assim como no Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1993, com o objetivo de oferecer assistência a áreas de maior risco social, sendo sequencialmente transformado em estratégia, com vistas à reorientação do modelo assistencial e reorganização dos serviços de saúde. Esses dois programas, ao longo do tempo, crescem paralelamente com o intuito de oferecer à população uma saúde descentralizada, integral e resolutiva.

Esse profissional é reconhecido pela Lei nº 10.507/2002, caracterizando-se pelas ações de prevenção a agravos e promoção à saúde a partir de intervenções educativas nos domicílios ou comunidade, individuais ou coletivas (BRASIL, 2002) e pelo Decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para seu exercício, onde fica estabelecida, além de outras atividades, a realização de visitas domiciliares para monitorar situações de risco à família (BRASIL, 1999), o que o torna importante sujeito na interação da comunidade com os serviços de atenção à saúde primária e na execução da AD.

Portanto, o ACS age em três dimensões, ao desempenhar o seu trabalho: na dimensão técnica, para atender indivíduos e famílias por meio de ações de monitoramento de grupos específicos, com base no saber epidemiológico e clínico; na dimensão política, para reorientar o modelo de atenção à saúde, discutindo problemas e organização da comunidade; e na dimensão assistencial, para resolver questões centrais para a população, como o acesso aos serviços. Seu trabalho se instala em dimensão complexa, pela dificuldade dos limites entre uma e outra dimensão, por vezes ocorrendo conflito entre elas (PINTO; FRACOLLI, 2010).

Essa relação de proximidade entre as famílias da comunidade delimitada e a equipe multiprofissional de saúde, assumindo, portanto, contatos mais frequentes com os usuários do serviço de saúde por meio da visita domiciliar, quando identifica as demandas do usuário ali residente, reforça a importância da sua atuação enquanto membro da equipe multidisciplinar na unidade de saúde, pelo conhecimento que traz sobre as famílias visitadas, seja na sua configuração (estrutura, composição e tamanho), seja na ocupação de seus componentes, presença de idosos e seu nível de dependência.

Sem dúvida alguma, indica para os demais profissionais onde investir esforços, a urgência dos atendimentos, deslocamentos, enfim, o agendamento para melhor qualificar a cobertura do atendimento da APS. Caracteriza-se como sujeito essencial na identificação das alterações assistenciais, inclusive na atenção domiciliar, na identificação de necessidades, de

cuidados e, até mesmo, de orientação e educação ao idoso e familiares.

O ACS dos dois municípios (73,96% em Itabuna e 26,04% em Ilhéus) representou, aproximadamente, 67,13% dos entrevistados da pesquisa maior. Esse percentual é condizente com o que estabelece o MS, quando define o máximo de 12 ACS para cobrir a população adscrita (BRASIL, 2012b). As mulheres dominam a categoria profissional, com predomínio de 82,29%, idades que variam de 20 a 70 anos, 51% casados e a renda média mensal em até dois salários mínimos (93,75%).

Todos os profissionais residem na área de abrangência da unidade de saúde onde trabalham, requisito para o exercício da profissão. Outros dois requisitos, como ensino fundamental e curso introdutório de formação inicial e continuada concluídos, são exigências para enquadramento na profissão (BRASIL, 2006b). Na realidade da pesquisa, observa-se que além dos 100% que possuem ensino fundamental completo, há uma maioria (89,58%) com ensino médio concluído e, destes, 11,46% completaram curso técnico/auxiliar de enfermagem e, apesar da exigência, apenas um deles realizou curso de formação para ACS.

Diante do quadro apresentado, é possível concluir que há uma deficiência instalada de educação profissional, que vem associada ao descaso dos órgãos públicos em capacitar esses indivíduos para lidar com a população. Ainda sobre a atualização profissional, dados referentes à realização de cursos concluídos nos últimos cinco anos (42,71%) e participação em

grupo de estudo (14,58%) reafirmam a necessidade da educação continuada, da atualização permanente, disposto na PNAB como uma atribuição comum aos profissionais.

A CUMPLICIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar, segundo Silva *et al* (2010), surge na década de 1960 com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do estado de São Paulo e, gradativamente, se expande, tendo maior relevância a partir da década de 1990, onde se percebeu a necessidade de regulamentar essa prática assistencial.

O marco normativo ocorreu com a Portaria nº 2.416/98, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS. Essa atenção possui uma grande diversidade de modelos e dimensões de cuidado. Assim, foram observadas experiências e projetos com distintas características no âmbito domiciliar e somente em 2001, através da Portaria nº 73/2001, a AD é definida como um atendimento prestado ao idoso, com algum nível de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança (BRASIL, 2001b).

Essa assistência é construída na perspectiva de humanizar a atenção, manter uma continuidade do cuidado, evitar a hospitalização para diminuir custos

para a família, para o Estado e os riscos de contrair outras enfermidades, além da oferta de atenção em ambiente contextualizado para o indivíduo, mantendo seus valores socioculturais (REHEM; TRAD, 2005; SILVA, *et al.*, 2010).

Os benefícios dessa assistência devem ser validados pela APS, capaz de suprir as demandas da população. Esse aspecto, como preconizado pela Portaria 2.488/11, é responsável por ações que objetivam proteger a saúde, prevenir agravos e realizar atividades de reabilitação e manutenção da saúde, sendo esta a atenção mais próxima e imediata ao indivíduo. O processo de territorialização é um aspecto do trabalho do ACS na área de abrangência, o que afirma sua responsabilidade sobre toda a população adscrita e, por consequência, a atenção domiciliar aos indivíduos que dela necessitarem (BRASIL, 2012b).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006c) define a ocorrência de três modalidades em domicílio: a atenção domiciliar, com ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; a assistência domiciliar como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas; e a internação domiciliar, atividades caracterizadas pela atenção integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

A APS torna-se responsável por uma das três modalidades estabelecidas pela Portaria nº 963/2013. A atenção domiciliar tipo 1 (AD1), destinada aos indivíduos com problemas de saúde controlados/

compensados, e com dificuldade ou impossibilidade de locomoção até o serviço. Os cuidados são de menor complexidade, frequência e necessidade de recursos de saúde, inseridos na capacidade das unidades de saúde. Esses profissionais recebem auxílio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das equipes especializadas no atendimento da AD2 e AD3 (BRASIL, 2013).

As entrevistas apontaram que apenas 19,79% dos entrevistados reconhecem a ocorrência da visita domiciliar e para 78,13% deles a ocorrência inclui a visita e a consulta domiciliar. A compreensão do que é visita domiciliar restringe-se a *saber notícia do indivíduo, conhecer a situação de saúde e orientar sobre os seus direitos* (54,17%), conforme destacam as falas seguintes:

- *[...] saber a história do paciente, conhecer suas necessidades, dar orientações (acs14)*
- *[...] nós vamos na casa para saber notícias das famílias, para saber se estão tomando a medicação certa, essas coisas (acs2).*

Essa perspectiva muito se confunde com a atribuição própria do ACS no seu trabalho cotidiano, conforme estabelecido pelo Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB). Portanto, não deveria ser compreendida como AD, que exige uma programação da equipe multiprofissional da unidade de saúde a qual o ACS se vincula, exige critérios e análise da vulnerabilidade do doente, condições da família e, a partir

daí, o desenho das competências de cada profissional da equipe na necessária assistência domiciliar.

A Portaria 963/13 dispõe que a assistência em domicílio deve ocorrer por meio de visitas domiciliares, no mínimo, uma vez por mês, por toda a equipe da APS. Em algumas falas identifica-se a total responsabilização do ACS pelo desempenho dessa ação, transformando-o em avaliador das necessidades clínicas do indivíduo:

- *[...] a gente visita para saber como eles estão e se precisar a enfermeira ou o médico faz a consulta (acs71)*
- *[...] é o agente que faz a visita e solicita o médico e o técnico de enfermagem a depender da necessidade (acs72).*

Dessa forma, não há delimitação de especificidades e responsabilidades de cada profissional, apesar da existência de distintos saberes e práticas em cada formação (FERNANDES; FRAGOSO, 2005). Na maioria das falas (53,20%), a consulta é entendida como a visita do médico na casa do indivíduo.

- *[...] é feita pelo médico, para examinar e receitar o usuário (acs33)*
- *[...] a gente leva o médico e ele atualiza as receitas (acs68)*
- *[...] o médico vai e prescreve as receitas (acs72)).*

Essas falas reforçam o modelo médico hegemônico, a fragmentação da assistência e o saber mecanicista, contradizendo a proposta de reorientação da

assistência à saúde da ESF, além de desvalorizar a própria AD, seja na ação do ACS quanto na dos demais profissionais.

A realização da internação domiciliar foi pontuada por apenas dois entrevistados. A escassez dessa prática acompanha o desconhecimento sobre a modalidade de assistência pelo ACS, verificado em 71,88% das entrevistas em que não souberam responder a questão. Outros 10,42% a compreendem como uma extensão do hospital.

- *[...] quando sai do hospital, mas ainda precisa dos cuidados, sabe? (acs40) ou tratando como idênticos os dois espaços.*
- *acho que uma internação em casa é semelhante ao hospital (acs96).*

Giacomozzi e Lacerda (2006) definem a internação domiciliar como uma categoria que utiliza aparatos tecnológicos, a permanência da equipe de saúde por no mínimo quatro horas/dia, com acompanhamento contínuo e quadro clínico estável do indivíduo. Essa internação, como preconizado pelo MS, está sob a responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), encaixando-se na Atenção Domiciliar tipo II e III, sendo responsabilidade da APS o apoio à essas equipes.

O ACS deve assumir o papel de identificar os fatores de riscos, orientar as famílias/comunidade e comunicar à equipe os casos e as situações encontradas (TOMAZ, 2002). Todavia, deve receber da própria

equipe da unidade de saúde e de outras instituições um subsídio de informações na área da saúde para que possa identificar claramente os problemas da população e saiba reportar-se com clareza aos demais profissionais, sendo corresponsabilizado por qualquer ação desenvolvida, seja nas famílias, na comunidade ou no domicílio.

Esse profissional reconhece o seu papel na AD como importante, quando afirma que *o agente [...] é o que tem mais contato com a família (acs21)*, e também por ser o profissional mais acessível. A enfermeira é posicionada como o profissional mais requerido pela comunidade, encontrada em aproximadamente 100% das falas, justificado pela disponibilidade em atender e melhor vínculo com os usuários.

- *[...] está sempre na unidade (acs33); [...] o povo gosta muito dela (acs23); [...] aqui a enfermeira é para tudo (acs25).*

Por outro lado, posicionam-se na frente de todos os outros profissionais lotados na unidade, com o discurso de que o seu papel é estar inserido na comunidade, dentro das residências dos indivíduos para identificar os problemas existentes, além de apontar inexistência ou, ainda, sobrecarga de trabalho dos outros profissionais.

Percebe-se a deficiência dessa modalidade assistencial nos municípios, verificada pela concepção primária que os profissionais possuem sobre a mesma, somado à desestruturação das equipes multiprofissionais e da unidade de saúde para também atuarem em domicílio.

ASPECTOS OPERACIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- O que facilita o trabalho da AD nas unidades

O trabalho dos profissionais na APS prevê uma compreensão dos aspectos relacionados à dinâmica familiar, ao seu funcionamento, às funções, ao desenvolvimento e às características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Esse conhecimento da vida dos indivíduos facilita a construção de uma assistência digna e individualizada, afirmam Lopes e Marcon (2012).

A estratégia de atenção primária reconhece que na família ocorrem interações e conflitos que interferem na saúde dos indivíduos, e um dos seus objetivos é identificar e sanar, quando possível, as perturbações, o enfrentamento dos problemas e a tomada de decisões (OLIVEIRA; MARCON, 2007), tornando o usuário como corresponsável pelo seu cuidado e de seus familiares, preservando sua autonomia.

Nessa realidade, os profissionais devem ter perfil e qualificação diferenciada, já que a maior ênfase está na interação equipe-comunidade-família e sua atitude deve estar pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Esses autores afirmam ainda que uma das maiores facilidades encontradas é o acesso e a aceitação das orientações realizadas para os usuários. A facilidade mais pontuada pelo ACS foi justamente a “receptividade da população” (46,88%), o que sinaliza

abertura e aceitação dos usuários à assistência domiciliar, a exemplo da fala seguinte:

- [...] *é quando eles acolhem bem e querem sempre a nossa visita (acs67).*

Na sequência, aparecem o “conhecimento da área” pelo ACS (21,88%), além da “disposição” em realizar a visita domiciliar (13,54%): [...] *eu conheço todo mundo da área e gosto de todas as famílias que visito (acs74).* Esse conhecimento que o ACS possui sobre a área física do bairro e sobre as famílias constituintes da comunidade é atribuído a um requisito necessário para o exercício da profissão, que é ser morador do local, pertencente, portanto, à comunidade onde atua, como cidadão e como profissional.

No estudo de Lopes e Marcon (2012), uma das facilidades encontradas para a assistência na APS refere-se ao conhecimento da realidade familiar, o que facilita na resolução de problemas e ampliação do vínculo família-profissional. Esse resultado é confirmado nas falas dos Agentes.

Outras facilidades assinaladas foram a disponibilidade dos outros profissionais da equipe (7,29%), a unidade estruturada (5,21%) e a facilidade no acesso às residências (4,17%). As duas primeiras condições, embora básicas para o funcionamento das unidades de saúde, muitas vezes se realizam por esforço pessoal do Agente, não por respeito à atribuição institucionalizada nas políticas públicas.

Depreende-se daí que as facilidades elencadas não têm qualquer dependência ou vinculação com a

gestão municipal, mas se relacionam com a boa vontade e disposição dos membros da equipe envolvidos na atenção primária, principalmente os usuários da AD.

- O que dificulta o trabalho da AD nas unidades de saúde

As dificuldades nesse âmbito estão relacionadas às concepções de saúde dos indivíduos, no trabalho que os profissionais desenvolvem com as famílias e nas condições estruturais das unidades. Os profissionais trabalham com o posicionamento dos sujeitos em seguir ou não as orientações passadas, devido a fatores culturais, a forma como percebem a saúde e na confiança que possuem sobre o tratamento e os profissionais (LOPES; MARCON, 2012).

Outras dificuldades são apontadas por Fernandes e Fragoso (2005) e são vivenciadas pelas equipes de saúde desta pesquisa no atendimento domiciliar, a exemplo de: estabelecimento de regras na relação profissional-usuário, verificação dos limites da interferência dos profissionais ao estilo de vida dos usuários e a manutenção da privacidade do idoso durante o atendimento. A falta de materiais, que inclui insumos, material físico e falta de medicações, foi sinalizada por 44,79% dos Agentes de Saúde, um problema comum à realidade da maioria das unidades. Essa dificuldade é pontualmente marcada na fala do acs63:

- [...] Quando a gente chega na casa do paciente e eles não têm material para curativo, a gente pede na unidade e não é atendido. A Secretaria de Saúde municipal não fornece.

Destacam-se em sequência o “difícil acesso às casas dos usuários” apontado por 20,83% dos Agentes, localizadas em ladeiras íngremes, com calçamento danificado e/ou precariedade do saneamento básico, e “falta de profissionais” sinalizada por 13,54%, e a falta de transporte (7,29%): [...] a dificuldade maior é a falta de profissionais, porque a enfermeira é sozinha para todo o atendimento da unidade (acs25) ou [...] a dificuldade está em relação ao médico que não está fazendo a AD porque o carro não está disponível ou, ainda, [...] falta de compromisso do médico com a comunidade, pois não realiza visita e isso prejudica nosso trabalho (acs9).

A ausência dos profissionais na composição da equipe da ESF e a utilização de alguns deles em tarefas dentro da unidade dificultam a realização de atividades fora dela, haja vista as funções específicas de cada profissional (LOPES; MARCON, 2012), cujas competências são descritas na PNAD.

Outros fatores, como *gestão municipal* (7,29%), *violência urbana* (6,25%) e *ausência de treinamento* (5,21%) foram também assinalados. Realça-se aqui que treinamentos e cursos de qualificação são previstos na Lei nº 10.507/02, como requisito para o exercício da profissão do ACS. Em sua maioria, esses profissionais verbalizam insatisfação com o momento político das cidades e desejam mudanças, afirmando ser esse sentimento o da população com a qual está em contato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AD, além de ser uma ferramenta de suporte social importante para idosos e financeiramente eficaz para o serviço de saúde, também se associa à modalidade assistencial multiprofissional, objetivando a recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa, em comunidades próximas às unidades de saúde, o que implica mudança do modelo preconizado antes da sua existência.

O ACS, inserido nas unidades de saúde, desempenha função importante na comunidade e na equipe de profissionais, sendo um mediador entre os dois polos, podendo acelerar as resoluções dos problemas dispostos.

Todavia, mesmo assegurada por diversas políticas públicas, a AD nos municípios pesquisados é incompleta, ou mesmo inexistente. Por meio das falas analisadas pode-se verificar a precária estrutura das unidades (física e humana), cuja função é prestar assistência aos usuários em suas residências. Essa estrutura, apontada como uma falha recorrente das administrações municipais, não é suficiente para amparar as necessidades da população, transformando-se em um acúmulo de problemas sem soluções.

Em contraponto às dificuldades encontradas, os ACS expõem facilidades de caráter pessoal, como a receptividade dos usuários com quem estabelecem contatos mais frequentes. Isso, no entanto, não significa que esses contatos têm eficácia em termos de resolutividade dos problemas.

Desse modo, observa-se que o sistema de saú-

de necessita de maiores investimentos e soluções rápidas e eficientes dos problemas que estão expostos, como visto na assistência domiciliar que passa por dificuldades em ambos os municípios, inclusive de compreensão, por parte dos profissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 de novembro de 2013.

BRASIL. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília, 2001a.

BRASIL. Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001 SEAS/MPAS - Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília, 2001b.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. 2. ed. atual., 210 p. Brasília, 2005.

BRASIL. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 / (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 76 p. Brasília: 2006a.

BRASIL. RDC/ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. 2006c. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / (Série E. Legislação em Saúde). 110 p.: il. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. Portaria n. 963, de 27 de

maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2013.

CÔRREA, Carlos.; PFEIFFER, Claudia C.; LORA, Adriano P. O Agente Comunitário de Saúde – Uma História Analisada. Revista Rua, n. 16, n. 1, p. 173-192, [on-line]. Campinas, jun. 2010.

FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. Revista APS, v. 8, n. 2, p. 173-180, jul./dez. 2005.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, out/dez. 2006.

IBGE/PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso>>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, jan/jun. 2012.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. 1, p. 65-72. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.

Envelhecimento ativo: uma política de

saúde / 60p.: il. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PINTO A. A. M.; FRACOLLI L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v. 12, n. 4, p. 766-9, out/dez. 2010.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, s.n. Rio de Janeiro, set/dez. 2005.

SILVA, Kênia L.; SENA, Roseni R. de; SEIXAS, Clarissa T.; FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecno assistencial. *Rev Saúde Pública*, v. 44, n.1, p.166-76. 2010.

TOMAZ, José Batista C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54. 2009.

Recebido em setembro de 2014

Reapresentado em abril de 2015

Aprovado em outubro de 2015

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AOS IDOSOS EM DOMICÍLIO: OS ENFERMEIROS E A SOBRECARGA NO TRABALHO

Robertson Silva Nunes¹

Raimunda Silva d'Alencar²

Resumo. A proposta deste estudo, de abordagem qualitativa, é analisar aspectos da Assistência domiciliar na perspectiva da humanização do atendimento, identificando o discurso que incorporam os enfermeiros atuantes nas unidades de saúde básica e da família, nas suas práticas cotidianas junto à população idosa dos municípios de Ilhéus e Itabuna³. Para este trabalho, foram selecionados 100% dos enfermeiros atuantes nas UBS e ESF envolvidas na pesquisa que se dispuseram a participar, de um total de 143 entrevistas realizadas com profissionais da saúde de diferentes categorias. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, realizada com esses profissionais nos seus espaços de trabalho. Foram recuperadas, para esta análise, as seguintes variáveis: idade, escolaridade, sexo, naturalidade, estado civil, religião, renda, além da percepção sobre qualidade e insegurança no trabalho, jornada, e a compreensão dos mesmos sobre a assistência humanizada. A análise tomou como parâmetro o Plano Nacional de Humanização (PNH). Foi possível constatar que 35% dos entrevistados entendem a assistência humanizada

1 Enfermeiro, pesquisador bolsista do Núcleo de Estudos do Envelhecimento. UESC, Ilhéus, Bahia. *E-mail:* <robertsonenfermagem@yahoo.com.br>

2 Professora Assistente, Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento. UESC, Ilhéus, Bahia. *E-mail:* <r_alencar2@yahoo.com.br>.

3 A pesquisa que dá origem a este artigo foi desenvolvida pelo DFCH-Núcleo de Estudos do Envelhecimento, intitulada *Assistência Domiciliar oferecida pelas unidades de saúde a idosos de Ilhéus e Itabuna, BA*, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESC.

como atendimento do paciente na sua totalidade, enquanto 23,5% a compreendem como acolhimento, escuta e direito da pessoa idosa. Outros imprimem à humanização um caráter de resolutividade para o problema de saúde individual. Os dados também permitem concluir que esses profissionais estão vinculados à saúde por contratos, baixa remuneração, levando 39% deles a mais de um vínculo de trabalho. Para 89% dos entrevistados essa situação promove insegurança e rotatividade, o que atrapalha a ação cotidiana, imprimindo fragilidade e prejudicando a assistência humanizada à população, como apregoam os documentos oficiais.

Palavras-chave: Idoso. Assistência Domiciliar. Humanização.

HUMANIZED HOMECARE FOR THE ELDERLY: NURSES AND THEIR OVERLOAD AT WORK

Abstract. The purpose of this qualitative study was to analyze aspects of home care from the perspective of the humanization of care, identifying the discourse incorporated by nurses working in both primary health care and family health care units, in their daily practices with the elderly population, in the cities of Ilheus and Itabuna (South Bahia, Brazil). For this work, 100% of the nurses working in UBS and ESF were involved in the research³, of those who were willing to participate, 143 interviews were conducted with health professionals from different categories. Data were collected through structured interviews with these professionals in their workspaces. This analysis encompassed the following variables: age, education, gender, national origin, marital status, religion, income, besides the perception of the quality and job insecurity, work hours, and the nurse's understanding of humanized care. The analysis took the National Plan for Humanization (NPH) as a parameter. It was found that 35% of respondents understand

humanized care as patient care in its entirety, while 23.5% see it as reception, hearing and rights of the elderly. Others picture humanization as problem solving regarding individual health. The data also indicate that these professionals are in the health field through temporary contracts and low pay, which makes 39% of them have two or more jobs. For 89% of respondents this situation promotes insecurity and turnover, which disrupts their daily activities, causing fragility and hindering humanized care to the population, as proclaimed by the official documents.

Keywords. Elderly. Home Care. Humanization.

ASISTENCIA HUMANIZADA A PERSONAS MAYORES EN DOMICILIO: LOS ENFERMEROS Y LA SOBRECARGA EN EL TRABAJO

Resumen. La propuesta de este estudio, de abordaje cualitativo, es analizar aspectos de la Asistencia domiciliaria en la perspectiva de la humanización de la atención, identificando el discurso que incorporan los enfermeros que actúan en las unidades de salud básica y de la familia (UBS y ESF), en sus prácticas cotidianas junto a la población mayor de los municipios de Ilhéus y de Itabuna (Sul da Bahia, Brasil). Para este estudio, se seleccionó un 100% de los enfermeros actuantes en UBS y ESF involucrados en la investigación³, que accedieron colaborar, de un total de 143 entrevistas realizadas con profesionales de salud de diferentes categorías. Se recolectaron los datos mediante entrevista estructurada, realizada con estos profesionales en sus espacios laborales. Se consideró en este análisis las variables edad, escolaridad, sexo, ciudad de nacimiento, estado civil, religión, ingresos, además de la percepción sobre la calidad y la inseguridad en el trabajo, jornada, y la comprensión que ellos tienen sobre la asistencia humanizada. El análisis utilizó

como parámetro el Plan Nacional de Humanización (PNH). Se constató que un 35% de los entrevistados comprenden la asistencia humanizada como atención al paciente en su totalidad, mientras un 23,5% la comprenden como agasajo, escucha y derecho de la persona mayor. Otros otorgan a la humanización un carácter de solución para el problema de la salud individual. Los datos también permiten concluir que estos profesionales están vinculados a la salud por contratos, baja remuneración, llevando a 39% de los profesionales a tener más de un vínculo de trabajo. Para el 89% de los entrevistados, esta situación genera inseguridad y rotación, lo que entorpece la acción cotidiana, generando fragilidad y perjudicando la asistencia humanizada a la población, como pregonan los documentos oficiales.

Palabras-clave: Persona mayor. Asistencia domiciliar. Humanización.

ASSISTENCE HUMANISÉE AUX PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE: LES INFIRMIERS ET LA SURCHARGE DE TRAVAIL

Résumé. L'objectif de cette étude et son abordage qualitatif est d'analyser les aspects de l'Assistance à domicile dans la perspective de l'humanisation des soins à travers l'identification du discours adopté par les infirmiers qui travaillent dans les unités de santé de base et de la famille, des villes d'Ilhéus et d'Itabuna, dans leurs soins quotidiens auprès de la population de personnes âgées. Dans le présent article, 100% des infirmiers sélectionnés qui ont accepté de participer travaillent dans les UBS et les ESF sur un total de 143 entrevues réalisées avec des professionnels de la santé de différentes catégories. Les données ont été collectées à travers d'entrevues structurées et ont été réalisées sur leur

lieu de travail. Pour cette analyse, ont été considérées les variantes de l'âge, la scolarité, le sexe, le lieu de naissance, l'état civil, la religion, la rente, la perception sur qualité et l'insécurité au travail et ainsi que leur façon d'appréhender l'assistance humanisée. L'analyse a tenu compte des paramètres du Plan National d'Humanisation (PNH). Il a été constaté que 35% des interviewés entendent l'assistance humanisée comme un soin au patient à part entière, alors que 23,5% l'entendent comme la réception, écoute et droit de la personne âgée. D'autres octroient à l'humanisation un caractère de résolubilité pour le problème de la santé individuelle. Les données permettent également de conclure que ces professionnels sont liés à la santé par des contrats de faible rémunération ce qui entraîne 39% d'entre eux à avoir un autre travail. Pour 89% des interviewés cette situation entraîne l'insécurité et la rotation, ce qui gêne l'action quotidienne, la fragilisant et portant préjudice à l'assistance humanisée à la population comme le préconisent les documents officiels.

Mots-clés. Personnes âgées. Assistance à Domicile. Humanisation.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é mundial e vem ocorrendo em ritmo acelerado, junto com o aumento da esperança de vida. As projeções indicam que em 2050 essa população terá alcançado dois bilhões de pessoas, montante que será equivalente à população infantil de 0 a 14 anos, na mesma época. As estimativas também sinalizam o aumento de pessoas centenárias, que sairão dos atuais 1,4 milhão de idosos para 2,2 milhões em 2050⁴.

4 Andrews (2000).

O Brasil vem acompanhando essa tendência, hoje com mais de 23 milhões de idosos e estimativas de que, nos próximos dez anos, superará 30 milhões de pessoas na faixa de idade superior a 60 anos. A relação idoso – criança que em 1980 era de 16 idosos para cada grupo de 100 crianças, hoje já é de 30 para 100, praticamente dobrada em pouco mais de vinte anos (IBGE, 2013).

Um montante elevado de pessoas idosas vivendo cada vez mais traz implicações significativas para as sociedades, sejam elas desenvolvidas ou não, pelos inúmeros riscos de doenças degenerativas (envelhecimento do sistema biológico) e permanência de doenças transmissíveis, acrescidas da crescente violência no País que também sobrecarrega o sistema de saúde.

Como o processo de envelhecimento, quando olhado coletivamente, acompanha a dinâmica da sociedade, individualmente ele depende desse contexto, mas depende, também, da base genética de cada um, além do estilo de vida em etapas anteriores à velhice.

Nesse contexto, o sistema de saúde vem sendo cada vez mais requerido para dar conta dessas nuances, individual e coletiva do envelhecimento e da velhice, o que demanda estratégias e políticas públicas de fomento à prevenção e promoção da saúde, além de assistência qualificada em todo o sistema, seja ele público ou privado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem procurando ajustar as suas diretrizes às necessidades des-

sa nova configuração demográfica⁵, visando garantir proteção à vida e à saúde mediante efetivo acesso a uma assistência capaz de manter a autonomia e a capacidade funcional e cognitiva desse segmento populacional, com qualidade.

Embora seja um sistema novo, tem um histórico de investimentos significativos na saúde e tem ampliado o acesso da população à atenção básica. Mas não se pode afirmar, por outro lado, que os direitos referentes às condições de saúde estejam assegurados. Na medida em que a demanda é geometricamente crescente, os recursos não o são na mesma proporção.

Esta situação pode ser analisada a partir da sistemática modificação da infraestrutura hospitalar, com redução de leitos ao longo do tempo – passou de 3,71/1000 hab. em 1990, para 2,26/1000 hab. em 2009 – (IBGE, 2013), precárias condições das unidades de saúde que atendem à população na atenção primária, muitas delas funcionando em antigas residências, sem adequação ao atendimento, deseducação da população no autocuidado (com alimentação desequilibrada, hábitos alimentares prejudiciais à saúde, consumo de álcool e drogas em idades cada vez menores), além de repasses públicos mantidos nos mesmos percentuais do PIB há vários anos⁶, uso

5 A partir da sua criação, com a nova Constituição Federal, quando o direito à saúde foi incorporado no arcabouço jurídico formal.

6 Basta analisar a emenda 29 e os vetos da Presidente da República, no ano de 2013, em especial ao dispositivo que obrigava a União a aumentar os recursos para a saúde sempre que a revisão do valor do

indevido desses recursos por administradores públicos, que costumam lançar despesas diversas como sendo gastos com saúde.

O envelhecimento e a velhice, portanto, têm se tornado um grande desafio para o sistema de saúde. Um idoso doente promove aumento de internações e re-internações, separação do ambiente familiar e dificuldades para ter um familiar como acompanhante no período de internações, além dos riscos com infecções hospitalares. Essa realidade implica custos bem mais elevados em relação a outras faixas etárias para as unidades hospitalares, considerando o organismo mais lento dos idosos para respostas nos tratamentos. Em 2010, o gasto público com a assistência hospitalar ambulatorial no SUS somou R\$ 25,5 bilhões. Estima-se que, considerando apenas o efeito demográfico puro, o dispêndio será de R\$ 36,7 bilhões em 2030, um aumento de 43,9% em relação a 2010 (CARNEIRO, 2013).

Pressionado pela responsabilidade de aumentar as potencialidades de saúde dos idosos em níveis que lhes permitam conservarem-se no contexto familiar com autonomia, autoestima e qualidade de vida, ao sistema de saúde coube criar alternativas para essas situações.

Na análise desse contexto, a existência de uma modalidade de atenção à saúde em domicílio voltada à pessoa idosa vem se estabelecendo por diferentes motivações, tais como:

PIB resultasse em aumento maior do que o anteriormente calculado o que significa que tudo foi mantido como antes.

- racionalização no uso de leitos hospitalares, evitando o risco de infecções;
- maior possibilidade de humanização do atendimento, considerando que o idoso permanece no ambiente familiar;
- monitoramento das doenças crônicas na própria residência do idoso, que não necessita, assim, deslocar-se ou esperar em filas;
- efetiva redução dos custos e gastos, tanto para o sistema de saúde quanto para as famílias⁷.

Nesse sentido, a Assistência Domiciliar, que integra diferentes documentos oficiais e não se constitui em modalidade nova na realidade brasileira, passa a fazer parte do modelo primário de atenção à saúde, inserida inclusive nas unidades de saúde que têm na família o direcionamento da sua ação programática.

Embora a assistência humanizada seja premissa básica da AD, na prática a prioridade continua centrada no modelo assistencial que enfatiza o medicamento, as técnicas e a tecnologia.

É importante assinalar que a AD se torna de difícil execução pelos enfrentamentos do profissional com a vulnerabilidade nas relações de trabalho, cujas vinculações são quase sempre precárias e com duração temporária, haja vista que são estabelecidas sem concurso público, portanto, sem qualquer proteção social e econômica.

⁷ Para Diogo e Duarte (2006, p. 1123), a assistência domiciliária pode reduzir em até 70% os custos assistenciais comparativamente às mesmas intervenções realizadas em ambiente hospitalar.

Este artigo toma dados da pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento⁸, selecionando as seguintes questões das 45 que fizeram parte da pesquisa: assistência humanizada, insegurança no trabalho, jornada e renda, autopercepção sobre o trabalho, além das variáveis: idade, escolaridade, sexo, naturalidade, estado civil e religião. O interesse foi analisar como o enfermeiro que atua na atenção primária operacionaliza o discurso oficial da humanização na saúde ou, em outros termos, qual o discurso que incorpora, a partir das condições de trabalho com as quais convive. As respostas a estas questões constituem o foco da análise aqui proposta.

É POSSÍVEL HUMANIZAR UMA SAÚDE CADA VEZ MAIS TECNICISTA?

Há uma queixa generalizada entre a população acerca da forma como o atendimento da saúde é feito atualmente. Fala-se na desumanização do atendimento à saúde, e essa desumanização, dizem, passa pela inserção cada vez maior de técnica/tecnologia, menos de escuta, passa pela demora para marcar consultas/exames e passa também pela relação fria e distante entre profissional e usuários do sistema público de saúde.

⁸ Objetivando conhecer um pouco mais da AD na realidade do entorno da UESC, o Núcleo de Estudos do Envelhecimento desenvolveu a pesquisa *Assistência Domiciliária (AD) oferecida pelas UBS e ESF aos idosos de Itabuna e Ilhéus, BA*. Para este artigo, foram selecionadas algumas questões da pesquisa acima, cujas respostas foram específicas do profissional da enfermagem.

Se anos atrás havia um tempo para a escuta das queixas, hoje essa chance é reduzida, considerando que a população dependente de atendimento é cada vez maior e a disponibilidade dos profissionais é cada vez menor, dado o envolvimento com vínculos diferentes de trabalho.

Não se têm dúvidas de que os avanços tecnológicos em diagnósticos e terapêuticas têm sido significativos nos últimos anos, e esses recursos têm trazido benefícios importantes, seja pelas possibilidades de prolongamento da vida, seja pela redução ou eliminação da dor, seja pela cura de doenças que trazem sofrimento, seja porque melhoram a qualidade de vida daqueles portadores de doenças crônicas, seja até mesmo porque permitem alterar as fronteiras do corpo, através de cirurgias plásticas e silicones, mantendo-o sempre jovem, especialmente onde a cultura da aparência comanda os investimentos na imagem (D' ALENCAR, 2007).

Considerando os benefícios trazidos pela tecnologia, pode-se dizer que seria ela a responsável pela desumanização do atendimento à saúde da população? Em primeiro lugar é preciso pensar no modelo de saúde ainda prevalente, antes voltado à doença do que ao doente, este promovido a objeto sem qualquer autonomia.

Não se têm dúvidas do considerável progresso da ciência biomédica nas últimas décadas. No entanto, a compreensão da doença apenas por mecanismos biológicos não traduz progressos quando se trata de assistência à saúde. Assim, a relação entre medicina e saúde, se reduzida à intervenção biomédica, ainda

que extremamente útil em emergências individuais, pouco efeito terá sobre a saúde de populações inteiras (CAPRA, 2012).

Em segundo lugar, a despersonalização, a partir da frieza na interação profissional-pessoa doente, em que este não participa do seu projeto terapêutico, caracteriza uma relação de poder do profissional sobre a doença e seu portador. Trata-se de atitude que, enquanto mantida dentro do sistema de saúde, somente os médicos terão a responsabilidade por todos os aspectos da saúde (CAPRA, 2012).

Em terceiro lugar, há uma questão central nessa relação, que é o custo dos aparatos tecnológicos na saúde, não acessível a qualquer um, o que gera desequilíbrio social quando a necessidade passa por procedimentos e técnicas nem sempre condizentes com a capacidade financeira de quem deles necessita. O excessivo uso de alta tecnologia na assistência médica, além de antieconômico, causa dor e sofrimento desnecessários (CAPRA, 2012).

Assim, e de acordo com Bermejo (2008, p. 31-32), a desumanização não é problema promovido pela tecnologia, mas pelo próprio homem. Ela surge quando não se considera cada indivíduo como sujeito único; quando não se introduz o princípio da responsabilidade; quando se produz déficit de atendimento na saúde com falta de materiais básicos, falta de profissionais em quantidade e qualidade, considerando que humanizar tem a ver com a competência profissional dos agentes de saúde; quando não se disponibiliza recursos capazes de suprir as demandas da população em estado de vulnerabilidade; quando se

estabelece relação de superioridade em relação aos usuários do serviço de saúde e até mesmo dos profissionais entre si.

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE: DESAFIO PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

O trabalho é a atividade peculiar do trabalhador. Diferente de outros animais, o homem usa o trabalho não só para transformar a realidade, mas para criar significados, isto porque, atuando sobre o mundo e objetos, ele os transforma ao mesmo tempo em que transforma sua própria natureza. Assim, o enfermeiro, no seu trabalho cotidiano, busca satisfazer as suas necessidades materiais (casa, comida, roupa, lazer) e, também, as necessidades afetivas como reconhecimento e satisfação.

Para Soratto e Olivier-Heckler (1999, p. 112), “o trabalho, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas, também, o homem que o executa”. Deduz-se, pois, que ao mesmo tempo em que o trabalho engrandece, ele pode, também, degradar, principalmente porque nele o trabalhador deposita queixas e insatisfações, ao mesmo tempo em que inclui alegrias e sonhos.

Analisando a questão da injustiça no trabalho, Dejours (2001) afirma que trabalhar não é apenas dedicar-se a uma atividade, mas, também, estabelecer relações com outrem. Assim, é necessário entender o processo de trabalho e as relações de poder, buscando compreender de que forma existe interferência destes na assistência prestada aos usuários.

A precarização do trabalho é tema cada vez mais recorrente no mundo todo, não só porque faz parte das expectativas de quem trabalha, mas de quem não trabalha ou é vinculado de forma precária. Essa precariedade tanto pode ocorrer pelas condições insalubres, pelo esforço/força exagerada para desenvolvê-lo, pela baixa remuneração, pelas relações contratuais autoritárias e fraudulentas, pelo desrespeito às leis trabalhistas, pelo medo.

Segundo entendimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS, que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo essas organizações, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define como trabalho precário aquele geralmente mal pago, inseguro e insuficiente para sustentar um domicílio. Na realidade brasileira, inúmeras mudanças ocorreram nas condições de trabalho. Entre as várias iniciativas adotadas, inclusive, está a criação de organismos privados para administrar serviços públicos, tais como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Atualmente surgem novas propostas do Estado para a desprecarização dos vínculos em saúde, dentre elas a da implementação das Fundações Estatais

de Direito Privado (FEDP), onde é possível organizar todo o trabalho e gestão em saúde por meio de parâmetros da administração privada, regida pela exploração do trabalho, autonomia financeira e pela relação público-privada. Nessas parcerias, o governo planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e cobra os resultados previamente definidos em contrato. Os resultados alcançados devem ser supervisionados e avaliados por uma comissão específica, integrada, dentre outros, por representantes dos Conselhos de Saúde, nas três esferas, que verificam o cumprimento das metas estipuladas no contrato de gestão.

Nesse sentido, quando questionados acerca da insegurança e rotatividade, os profissionais afirmam que isso atrapalha o processo de trabalho (89%) e, principalmente, a criação de vínculo, estabelecimento de confiança com o usuário, além da frustração de ambos com a descontinuidade da assistência prestada. Isso acontece mesmo com o que fora estabelecido pelo PNH, de que todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e que os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial (BRASIL, 2004). Na realidade analisada, a situação vem se tornando desafiadora para os profissionais, vinculados ao sistema de saúde por contratos precários e inseguros quanto a sua duração.

Com a precariedade nos contratos, os profissionais tornam-se reféns das prefeituras dos municípios onde trabalham. Acredita-se que, tanto por essa fragilidade contratual, quanto pela baixa remuneração

apontadas pelos entrevistados, 39% deles possuem mais de um vínculo empregatício.

Esta situação do multiemprego na saúde, aliada aos efeitos da acumulação das escalas de serviço, o consequente aumento da jornada de trabalho e a insegurança em mantê-los, resultam em tensão constante desse profissional nos serviços que desenvolve, tanto pela natureza do cuidado prestado às pessoas em situações de risco, como pela divisão do trabalho e hierarquia presentes na equipe de saúde, inclusive a convivência com profissionais que mesmo com carga horária menor têm salário maior, em um modelo de saúde pública que sugere não haver superioridade de um profissional sobre outro.

Essa lógica de superioridade salarial de uma categoria sobre outra, dentro do mesmo espaço de trabalho, com visível sub-remuneração do enfermeiro nas unidades de saúde, é um aspecto que está a merecer consideração.

De acordo com o DIEESE (2009), a redução do valor real dos salários se reflete tanto no aumento das jornadas médias semanais, como também no número de trabalhadores com mais de um vínculo contratual. Esta situação faz parte da realidade pesquisada, na medida em que a renda média mensal desses profissionais varia de dois e meio a cinco salários mínimos, quando trabalham apenas no PSF; e de cinco a dez salários mínimos quando fazem jornada dupla/tripla de trabalho, o que se constatou ocorrer em 39% da categoria.

Apesar da precária realidade que a pesquisa permite constatar, a criatividade dos profissionais conti-

nua mantida, no sentido de improvisar e adaptar os recursos de que dispõem para a prestação do cuidado qualificado. Isso foi constatado em 39% das respostas, quando questionados sobre o seu trabalho. Além da criatividade, esses trabalhadores ainda avaliam o trabalho como desgastante e estressante, ou divertido, mesmo em condições desfavoráveis.

Essa aceitação do trabalho precário é reflexo da busca pela manutenção do cargo, posição, salário. É necessário salientar que essa aceitação pode acarretar sofrimento desses trabalhadores, que se esforçam para estar à altura da organização do trabalho, com destaque para o alcance de metas em campanhas, consolidação de dados, atendimento de demandas numéricas dos programas, responsabilidade pela gerência da unidade, entre outras políticas verticais, ainda que muitas vezes não atendam às demandas específicas de uma população adscrita na área de abrangência.

As diferentes formas de inclusão dos trabalhadores da saúde no mercado de trabalho geram conflitos e incertezas que exigem a adoção de uma nova concepção de vínculo trabalhista no SUS, que erradique as relações precárias e valorize o trabalhador. Existem preocupações nesse sentido, inclusive com a criação, pelo governo federal, do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS por meio da Portaria nº 2430/GM, de 23 de dezembro de 2003. Apesar disso, a precarização contratual continua presente em prefeituras municipais por todo o País. Além disso, os Conselhos de Saúde e representativos da classe não parecem estar atentos a essa questão, nem mesmo a incluem

nas discussões e debates que fazem, talvez por não perceberem que vínculos precários de trabalho interferem diretamente na qualidade do atendimento prestado à população.

SAÚDE HUMANIZADA – DO QUE SE TRATA?

Humanizar é termo amplo, complexo, polissêmico, utilizado a mancheias no ambiente acadêmico da área da saúde, especialmente por profissionais e estudantes da enfermagem. Os significados e circunstâncias em que é empregado são as mais variadas; pode-se entendê-lo como o oposto à animalidade e à violência, mas pode-se compreendê-lo como acolhimento, cuidado sensível, solidariedade, valorização da pessoa. Pode-se associá-lo, também, à ideia de qualidade, dignidade ou, ainda, tratá-lo como sinônimo de cidadania.

Embora se reconheça que as interpretações elencadas estão distantes da prática cotidiana dos sujeitos envolvidos com a questão do atendimento à saúde, a multiplicidade de significados apontada sugere que se trata de expressão que não se reduz à competência técnica de quem se envolve na relação/comunicação interpessoal, tampouco a um único significado.

No imaginário social, a expressão traduz ações de alguém buscando atender as necessidades de outro. Sob a ótica da saúde, os significados relacionam-se à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários, o que leva a uma compreensão de acolhimento e empatia, relacionando-se direta-

te com a defesa da vida, com o cuidado, com o respeito à individualidade e, por consequência, o respeito às diferenças.

Para a melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como das condições de trabalho nos serviços de saúde, foi criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH), visando um atendimento de qualidade com avanços tecnológicos, acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado, além das condições de trabalho dos profissionais.

Essa Política⁹ constitui-se em uma iniciativa que tem como princípios valorizar as práticas de atenção e gestão de acordo com o Sistema Único de Saúde, respeitando cada cidadão na sua individualidade e direitos, estimulando e fortalecendo o trabalho em equipe multiprofissional; apoiando a construção de redes cooperativas para a produção de saúde; preservando a autonomia de cada cidadão e fazendo-o protagonista das práticas de atenção à saúde. Também fortalece corresponsabilidades nos processos de gestão e controle social em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde e compromissos com a democratização das relações de trabalho; valorizando os profissionais; promovendo gestão compartilhada e participativa dos cuidados e atenção aos usuários; atenção às questões de violência e preconceitos durante o atendimento; respeito à privacidade; ambiente acolhedor e confortável e incentivo à educação permanente (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

⁹ Políticas consideradas formas próprias de o Estado agir para atender às necessidades da população.

Embora a PNH sintetize uma proposta de desconstrução daquilo que o imaginário social percebe como desumanização no cotidiano de uso dos serviços de saúde, a realidade mostra um quadro ainda preocupante: filas intermináveis e longas esperas para atendimento, trabalhadores insensíveis ao sofrimento do outro, tratamentos e atitudes desrespeitosas, demoras na marcação e realização de exames, orientações incorretas e inadequadas, pessoas amontoadas em corredores hospitalares e unidades de saúde, muitas delas sem salas de espera e assentos insuficientes ou inexistentes, sem água para consumo, isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nas consultas e internações, práticas autoritárias de gestão, condições concretas de trabalho precário, baixos salários, especialmente dos enfermeiros, carga horária de trabalho estressante, degradação nos ambientes e nas relações de trabalho são algumas das situações cada vez mais presentes na organização do trabalho em saúde.

Essa política, que deveria ser transversal a toda rede do Sistema Único de Saúde, ou a todo o sistema de saúde, como propõe, não parece ter sido compreendida pelos gestores e profissionais inseridos no sistema. Isso se dá pela complexidade dos inúmeros conceitos sobre a mesma, além de considerada, muitas vezes, como inalcançável.

Dessa forma, Bermejo (2008) afirma que falar de humanização ou humanizar alguns ambientes ou pessoas desumanizadas pressupõe partir da ideia de como deveria viver o ser humano para realizar-se plenamente como tal.

A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR AO IDOSO: A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Na área da enfermagem, a AD exige revisão do método de trabalho, até mesmo a partir das práticas curativas. Isso revela que as relações resultantes do processo de interação enfermeiro-paciente, na perspectiva do contexto do cuidado, precisam ser compreendidas como ação resolutiva, impregnada de sensibilidade ao sofrimento, solidariedade, atenção, respeito, enfim, cuidado na acepção autêntica da palavra.

Conceito polissêmico, considerado como o foco central da enfermagem, tem múltiplos construtos. Waldow (2006, p. 91) cita, por exemplo: aceitar, assistir os outros, ser autêntico, envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter consideração, compaixão, tocar, proteger, compartilhar, compreender, ter habilidade técnica, demonstrar conhecimento e segurança, saber ouvir, ser paciente e responsável.

Falar em cuidado humanizado, como costumamos fazer, parece redundante, na medida em que a humanização, na perspectiva cotidiana do Sistema Único de Saúde consiste, exatamente, em atender as necessidades do outro com responsabilidade. Associando essa finalidade à da Assistência Domiciliária, o papel do enfermeiro passa a ter um caráter amplo, envolvendo o cuidado propriamente, orientações educativas de saúde junto à pessoa a ser cuidada e sua família, o que exige estratégias individuais e coletivas, além de tratamentos de doenças e reabilitação, todas desenvolvidas em domicílio. Exige, portanto, competência técnica, respeito, condição adequada de trabalho.

Os enfermeiros desta pesquisa são jovens (têm idades entre 21 e 40 anos), predomínio feminino (89%), com especialização (72%), sendo apenas uma dessas em Gerontologia. Casados (27%) e destes apenas um mantém jornada dupla de trabalho. Esses profissionais são oriundos da Bahia (86%) e Rio de Janeiro; são católicos (61%) e evangélicos (22%), além de kardecistas e autodeclarados sem religião.

Embora sejam consideradas todas as limitações, especialmente pela precarização vivida no ambiente de trabalho, os conhecimentos adquiridos na trajetória do ambiente acadêmico podem fazer diferença, especialmente em relação ao modelo de saúde atualmente vigente. Por serem jovens na idade, e provavelmente jovens na formação, podem assumir uma posição privilegiada na promoção de cuidados à população, capazes de reduzir não só as hospitalizações, mas as possibilidades de adoecimento, diagnosticando os fatores de risco, despertando o interesse e responsabilidade pelo autocuidado, pela solidariedade entre familiares e comunidade de pertencimento, através da sensibilização e orientação educacional, e da promoção da saúde.

Ao responder à questão proposta: “O que você entende por assistência humanizada?”, os profissionais sinalizaram diversos significados, que podem se aproximar do conceito de humanização apregoado pelo PNH, quando analisados isoladamente. Das respostas mencionadas, 35% dos entrevistados entendem a assistência humanizada como assistir o paciente na sua totalidade, expresso na seguinte afirmação: [...] *Atuar na vida patológica, emocional, social e psicológica (e13),*

resposta compatível, em parte, com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, ainda que compreenda que os problemas de ordem social fogem à competência do profissional da saúde, ele mesmo, muitas vezes, vítima desses mesmos problemas.

Outros 23,5% atribuem à humanização o mesmo que acolhimento e escuta, referido em [...] *Uma assistência qualificada, de acolhimento, promover a escuta; é direito deles (e15).*

Para Torres e Sandoval (2003), a empatia nasce da escuta, da atenção e da observação objetiva de tudo quanto procede do outro. Essa interação entre dos profissionais entrevistados, a exemplo da falaseguinte: [...] *É você acolher bem, tratar bem, tentar resolver o problema do paciente da melhor forma possível (e1).*

A partir dessa fala pode-se notar que as questões-sentimentais, históricas da profissão, ainda estão-presentes entre profissionais atuantes nas unidades de saúde pesquisadas, pontuadas especificamente aqui nos enfermeiros, mesmo quando se propõem à resolução dos problemas.

Os profissionais enfermeiros não têm oportunidades de atualização profissional pelos vínculos precários estabelecidos, não participam de congressos, encontros, dentre outros, o que dificulta ainda mais a oferta de um serviço mais qualificado. Embora se mostrem conscientes do importante papel que desempenham, inclusive de acolhimento e da necessidade

da resolução de problemas de saúde da população demandante do serviço, esses profissionais nem sempre qualificam, como deveriam, o atendimento que disponibilizam ao idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, a pesquisa permitiu constatar que os profissionais entrevistados conhecem os conceitos que dão sustentação às diretrizes e princípios da Política Nacional de Humanização, mas na prática cotidiana da assistência nem sempre conseguem desenvolvê-los, tanto pela alienação que o serviço e o processo de trabalho precário e tecnicista imprimem, como pela formação deficiente no nível de graduação. Considerando as respostas dadas aos questionamentos sobre formação e trabalho, é necessário que sejam dispostas nos currículos as temáticas relacionadas ao envelhecimento, políticas públicas de saúde para a velhice e assistência domiciliar, ambientando o acadêmico na realidade nacional, fornecendo campos de práticas para esse aprimoramento associado à formação. É imprescindível, do mesmo modo, que os profissionais tenham acesso a treinamentos e atualização de conhecimentos, participação em congressos, seminários, para que sejam efetivadas trocas de experiências com profissionais de outras realidades, o que ajuda no desenvolvimento de uma visão crítico-reflexiva da sociedade e o entendimento das relações sociais, inclusive na produção do cuidado em saúde.

Acredita-se ainda que o domínio desses conhecimentos pode gerar uma efetiva assistência de quali-

dade, coadunando-se com os princípios e diretrizes propostas no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso sem esquecer que a inclusão das disciplinas gerontologia e geriatria nas matrizes curriculares dos cursos de graduação integra a Política Nacional do Idoso, e é lei desde 1994 (BRASIL, 1994).

REFERÊNCIAS

ANDREWS, GA. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: Encuentro Latino-americano y Caribeño sobre las personas de edad, 1999, Santiago. Anais. Santiago: CELADE. 2000. P. 247-256. (Seminários y Conferencias – CEPAL, 2).

BERMEJO, José Carlos. Humanizar a saúde – cuidado, relações e valor. Petrópolis: Vozes. 2008.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispões sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF. 1994.

BRASIL. Casa Civil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 de mai. 2013

BRASIL Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS, online. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em: Set 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. HumanizaSUS: gestão participativa e cogestão. Textos Básicos de Saúde, online. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas& respostas– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.32 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dicas de Saúde: Acolhimento, 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 28 de julho. 2013.

CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação A ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução: Álvaro Cabral. Editora Cultrix. 30. ed. 2012.

CARNEIRO, Augusto Luis& Col. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, São Paulo: IESS [org], 2013. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/envelhementopop2013.pdf>> Acesso em: Nov. 2013

D'ALENCAR, R. S. Velhice e Função Social do Corpo. In: Memorialidades, 7 - 8 jan/dez., 2007.

DIEESE. O trabalho na saúde – 1998-2008. Boletim: Trabalho na Saúde. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade / Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE. Ano 1 – nº 1 – dezembro 2009

DIOGO, M. J. D. E.; DUARTE, Y. A. Cuidados domiciliares: conceitos e práticas. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1122-1130

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV. 2001.

IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1990, 1992, 1999, 2002, 2005. Apud Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS33>>. Acesso, 10 de novembro de 2013.

IBGE/PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso>>. Acesso em 25 de maio de 2013.

SORATTO, Lúcia; OLIVIER-HECKLER, Cristiane. Os trabalhadores e seu trabalho. In: CODO, Wanderley (Coord.). Educação: carinho e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 89-110.

TORRES, Haroldo S.; SANDOVAL, José M. H. Saber escutar o paciente: Um remédio a sero da promoção da saúde [Monografia]. 2003. Disponível em: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/1/1e/Saber_escutar_o_paciente-Haroldo_e_Maximiliano.pdf> Acesso em: Nov 2013.

WALDOW, V. R. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006

Recebido em novembro de 2015
Aceito em agosto de 2016

EFEITOS DE PROGRAMAS DE TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO NA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA E NA AUTONOMIA FUNCIONAL DE IDOSOS

Marília de Andrade Fonseca¹

Samaria Ali Cader²

Silvânia Matheus de Oliveira Leal³

Estélio Henrique Martin Dantas⁴

Resumo. Como já descrito na literatura, o avançar da idade promove diminuição da força muscular respiratória e habilidades funcionais. Este estudo objetivou comparar o efeito do uso de incentivadores inspiratórios de carga pressórica linear (Threshold®) e de carga pressórica alinear (Voldyne®), na força dos músculos respiratórios e na autonomia funcional, em idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo experimental, em instituições de longa permanência, com 40 idosos aparentemente saudáveis divididos em três grupos: Grupo Threshold (GT, n = 14, idade = 70 ± 8 anos), grupo Voldyne (GV, n = 13, idade = 70 ± 7 anos) e Grupo Controle (GC, n = 13, idade = 73 ± 7 anos). As principais

1 Doutoranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS. Mestre em Ciência da Motricidade Humana. Universidade Castelo Branco, RJ. Professora Assistente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Campus Jequié. *E-mail:* <marilia-fonseca@hotmail.com>

2 Doutoranda em Medicina do Esporte pela Universidad Nuestra Señora de la Asunción – UC. *E-mail:* <samariacader@gmail.com>.

3 Mestre em Ciência da Motricidade Humana - Universidade Castelo Branco - RJ. *E-mail:* <silvaniematheus124@hotmail.com>

4 Ph.D. Psicofisiologia na Universidade Gama Filho, Ph. D. Fisiologia na Universidad Católica San Antonio de Murcia. Doutorado em Educação Física pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *E-mail:* <esteliодantas@gmail.com>

medidas: músculos respiratórios (Pimáx e Pemáx), avaliados por manovacuômetro e autonomia funcional, avaliada pelo protocolo do Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para a Maturidade (GDLAM). Os grupos GT e GV foram tratados com exercícios respiratórios e treinamento muscular com threshold® e voldyne®, respectivamente. O GC realizou apenas exercícios respiratórios. Como resultados: na variável Pimáx, quanto à comparação intragrupos houve aumento significativo ($p < 0,05$) nos GT e GV. Na avaliação intergrupos, houve melhora significativa ($p < 0,05$) da Pimáx nos GT ($p = 0,0001$) e GV ($p = 0,037$) quando comparados ao GC. Na Pemáx, comparando intergrupos (pós x pós), houve melhora significativa no GT em relação aos demais grupos. Para a autonomia funcional, na comparação intragrupos houve diferença significativa ($p < 0,05$) no GT para todos os testes, exceto no LPDV. No GV só houve diferença significativa para o C10m ($p = 0,004$). Como conclusão, houve melhoras significativas do TMR tanto no GT quanto GV. Quanto à autonomia funcional, pôde-se observar escores para o IG acima de 27,42; considerado fraco tanto no pré e pós-treinamento em todos os grupos.

Palavras-chave. Idoso. Instituições de longa permanência para idosos. Músculos respiratórios.

EFFECTS OF RESPIRATORY MUSCLE TRAINING PROGRAMS ON ELDERLY RESPIRATORY MUSCLE STRENGTH AND FUNCTIONAL AUTONOMY

Abstract. As described in the literature, advancing age causes a decrease in respiratory muscle strength and functional abilities. This study aimed to compare the effect of the use of inspiratory incentives of linear pressure load (Threshold®) and of nonlinear pressure load (Voldyne®) on respiratory muscle

strength and functional autonomy, in institutionalized elderly. This is an experimental study, with 40 apparently healthy elderly people in long-stay institutions, divided into three groups: 1) Threshold (TG, n = 14, age 70 ± 8 years); 2) Voldyne (VG, n = 13, age 70 ± 7 years); and 3) Control group (CG, n = 13, age = 73 ± 7 years). The following key measures were considered: respiratory muscles (MIP and MEP), assessed by manometer and functional autonomy, evaluated by the Latin-American Development Group protocol to Maturity (GDLAM). The TG and VG participants were treated with breathing exercises and muscle training with Threshold® and voldyne®, respectively. The CG held just breathing exercises. As a result, it was found, in the MIP variable, in intra-group comparison, a significant increase ($p < 0.05$) in TG and VG. In the intergroup evaluation, there was a significant MIP improvement ($p < 0.05$) in TG ($p = 0.0001$) and VG ($p = 0.037$), when compared to the CG. In MEP, comparing inter-group (post x post), a significant improvement in TG compared to the other groups. For the functional autonomy, in the intra-group comparison, there was a significant difference ($p < 0.05$) in TG for all tests, except for the LPDV. In VG, the only significant difference was for C10m ($p = 0.004$). It was concluded that there were significant improvements of the TMR in both TG and VG. As for functional autonomy, it was observed scores for the IG above 27.42; considered weak in both pre and post-training in all groups.

Keywords. Elderly. Long-term care facilities for the elderly. Respiratory muscles.

EFFECTOS DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO MUSCULAR RESPIRATORIO EN FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA Y EN LA AUTONOMÍA FUNCIONAL DE ANCIANOS.

Resumen. Como ya descrito en la literatura, la edad promueve disminución de la fuerza muscular respiratoria y habilidades funcionales. Este estudio objetivó comparar el efecto del uso de incentivadores inspiratorios de carga presora linear (Threshold®) y de carga presora alinear (Voldyne®), en la fuerza de los músculos respiratorios y en la autonomía funcional, en ancianos institucionalizados. Se trata de un estudio experimental, con 40 ancianos aparentemente saludables en instituciones de larga permanencia, divididos en tres grupos: 1) Threshold (GT, n = 14, edad = 70 ± 8 años); 2) Voldyne (GV, n = 13, edad = 70 ± 7 años) y 3) Controle (GC, n = 13, edad = 73 ± 7 años). Se consideró como principales medidas: músculos respiratorios (Pimáx e Pemáx), evaluados por manovacuómetro y autonomía funcional, evaluada por el protocolo del Grupo de Desarrollo Latinoamericano para la Madurez (GDLAM). Los grupos GT y GV fueron tratados con ejercicios respiratorios y entrenamiento muscular con Threshold® e Voldyne®, respectivamente. El GC realizó apenas ejercicios respiratorios. Como resultados se verifico en la variable Pimax, em comparación intra-grupos, hubo mejora significativa ($p < 0,05$) de la Pimax en los GT ($p = 0,0001$) y GV ($p = 0,037$) cuando comparados al GC. En la Pemax, comparando inter-grupos (post x post), hubo mejora significativa en el GT en relación a los demás grupos. Para la autonomía funcional, en la comparación intra-grupos, hubo diferencia significativa ($p < 0,05$) en el GT para todos los testes, excepto en el LPDV. En el GV solo hubo diferencia significativa para el C10m ($p = 0,004$). Se concluyó que hubo mejoras significativas del TMR tanto en el GT cuanto en el GV. En relación a la autonomía funcional, se pudo observar marcas para el IG encima de 27,42;

considerado débil tanto en pre como en el post entrenamiento en todos los grupos.

Palabras-clave. Anciano. Instituciones de larga permanencia para ancianos. Músculos respiratorios.

LES EFFETS DES PROGRAMMES D'ENTRAÎNEMENT MUSCULAIRE RESPIRATOIRE SUR LA FORCE MUSCULAIRE RESPIRATOIRE ET SUR L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES.

Résumé. Comme l'a déjà décrit la littérature, l'âge provoque une diminution de la force musculaire respiratoire et des habiletés fonctionnelles. Cette étude a comme objectif la comparaison entre l'effet de stimulateurs respiratoires linéaires (Threshold®) et non linéaires (Voldyne®), sur la force des muscles respiratoires et sur l'autonomie fonctionnelle, sur des personnes âgées. Il s'agit d'une étude expérimentale avec 40 personnes âgées, apparemment en bonne santé dans des institutions de longue durée, partagés en trois groupes: 1) Threshold (GT, n = 14, âge = 70 ± 8 ans); 2) Voldyne (GV, n = 13, âge = 70 ± 7ans) et 3) Contrôle (GC, n = 13, age = 73 ± 7 ans). En considérant comme mesure principale: Muscles respiratoires (Pimax et Pemax), évalués par "manovacuômetro" et autonomie fonctionnelle, évaluée par le protocole du Groupe de Développement Latino-Américain pour la Maturité (GDLAM). Les groupes GT et GV ont été traités avec des exercices respiratoires et l'entraînement musculaire avec threshold® et voldyne®, respectivement. Le GC a réalisé seulement des exercices respiratoires. Comme résultats, on a vérifié sur la variable Pimax, en comparaison intra-groupes, qu'il y a eu une augmentation significative (p < 0,05) des GT et GV. Dans l'évaluation inter-groupes, Il y a eu

de significatives améliorations ($p < 0,05$) du Pimax dans les GT ($p = 0,0001$) et GV ($p = 0,037$) quand comparés au GC. Dans la Pemax, en comparant inter-groupes ("pós x pós"), Il y a eu une amélioration significative du GT par rapport aux autres groupes. Pour l'autonomie fonctionnelle, dans la comparaison intra-groupes, Il y a eu une significative différence ($p < 0,05$) du GT pour tous les tests, excepté le LPDV. Dans le GV il n'y a eu une différence significative que pour le C10m ($p = 0,004$). On en conclut qu'il a eu des améliorations significatives du TMR aussi bien du GT que du GV. Quant à l'autonomie fonctionnelle, on a pu observer les scores pour le IG au dessus de 27,42; considéré faible aussi bien lors du pré que lors du post entraînement dans tous les groupes.

Mots-clé. Personnes âgées. Institutions de longue durée pour personnes âgées. Muscles respiratoires.

INTRODUÇÃO

No Brasil, com o número cada vez maior de idosos, a possibilidade de poder vir a morar em uma instituição de longa permanência, se necessário, é algo já pensado e possível para quase dois terços dos idosos, se não houver outra opção (BRASIL, 2004). Sabe-se que a institucionalização costuma trazer consigo uma série de prejuízos aos idosos, tais como perdas de autonomia e identidade e a segregação geracional. Essa realidade traz consigo a necessidade de uma reflexão sobre os novos papéis a serem desenvolvidos pelas instituições de longa permanência, não apenas no sentido de reduzir esses prejuízos, mas, também, de promover a qualidade de vida e o crescimento pessoal de seus residentes (TOMASINI; ALVES, 2007).

As alterações fisiológicas do envelhecimento são

sistêmicas e parecem estar mais evidenciadas nos gerontes institucionalizados. A idade avançada está associada à diminuição da força dos músculos esqueléticos, como também a dos músculos respiratórios (SUMMERHILL et al, 2007). O aparelho respiratório suporta alterações músculo-esqueléticas importantes que irão interferir na mecânica ventilatória. A parede torácica diminui a complacência progressivamente. Isto está relacionado à calcificação das cartilagens costais e articulações vertebrais e outras mudanças estruturais do gradil costal. Essas mudanças não só alteram a complacência, mas a curvatura do diafragma, com um efeito negativo para a capacidade de gerar força muscular (JANSSENS; PACHE; NICOD, 1999).

Esses efeitos deletérios podem prejudicar os níveis ótimos de autonomia funcional dos gerontes frente às alterações decorrentes do envelhecimento (GUIMARÃES et al, 2004). A diminuição de força muscular leva a instabilidade postural ocasionando a ocorrência de quedas, que é uma característica do envelhecimento, representando um motivo de preocupação para os idosos, pois pode acarretar incapacidade física e perda da independência (GUIMARÃES et al, 2005).

Quanto à independência funcional, existem vários testes descritos na literatura para avaliação da capacidade funcional. Para o Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para a Maturidade (GDLAM), a autonomia é definida em três aspectos: autonomia de ação, autonomia de vontade e autonomia de pensamentos. Pode-se concluir que autonomia não deve

ser definida em apenas um aspecto, ângulo ou uma única perspectiva, mas em um contexto holístico. Portanto, autonomia está associada ao declínio na habilidade para desempenhar as atividades da vida diária (AVD), e à gradual redução das funções musculares, a qual constitui uma das principais perdas com o avançar da idade.

Diante do déficit de força da musculatura respiratória e da autonomia funcional frente à senescência, o treinamento muscular surge como uma opção terapêutica para habilitar músculos específicos a realizarem com maior facilidade ou desempenho a função para qual são destinados. No estudo de Cader et al. (2007), o fortalecimento isolado da musculatura inspiratória causou um aumento da força muscular inspiratória, refletida na pressão inspiratória máxima (MIP) e a melhora da autonomia funcional dos idosos. Barros et al. (2010) enfatizam que a utilização do treinamento muscular respiratório é eficaz para recuperação dos valores de pressão inspiratória máxima, pressão expiratória máxima, volume corrente e pico de fluxo expiratório.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi utilizar exercícios respiratórios associados a incentivos inspiratórios de carga pressórica linear, o Threshold® IMT, ou de carga pressórica alinear, o Voldyne®, em idosos institucionalizados, comparando o efeito dos mesmos no treinamento da musculatura respiratória, para o incremento da força muscular respiratória e da autonomia funcional.

Trata-se de um estudo experimental⁵. Para compor a amostra, os idosos deveriam estar aptos física e cognitivamente para participar dos testes propostos pelo estudo. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: idosos em fase aguda de afecções do aparelho cardiorrespiratório, idosos que não possuíam um nível cognitivo satisfatório para a compreensão e realização dos testes avaliativos e para os exercícios propostos nos programas de tratamento, sequelas músculo-esqueléticas e neurológicas, síndromes metabólicas não controladas ou tratadas, e a não aderência por mais de uma semana ao programa de treinamento.

Inicialmente, atendiam aos critérios de inclusão e participavam do estudo 52 idosos institucionalizados, sendo que destes foram excluídos doze idosos: 1 por apresentar déficit cognitivo, 1 por óbito de acidente vascular encefálico, 1 por déficit visual (glaucoma) e 9 por não adesão ao treinamento. Desta forma, após o crivo dos critérios de inclusão e de exclusão, a amostra findou em 40 idosos voluntários, divididos, aleatoriamente (por sorteio), em três grupos, a saber: Grupo Threshold (GT; n=14, idade=70,93 ± 8,41 anos, IMC=24,06 ± 3,69), grupo Voldyne (GV; n=13, idade=70,54 ± 7,73 e IMC=27,17 ± 5,66) e Grupo Controle (GC; n= 13, idade 73,92 ± 7,28 e IMC=24,80 ± 5,42). Os grupos GT e GV foram tratados com exercícios respiratórios e treinamento muscular com

5 Realizado na cidade de Vitória da Conquista, Ba, Brasil, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Castelo Branco (UCB, RJ, Brasil), sob parecer de nº 0043.

threshold e voldyne, respectivamente, e o GC realizou apenas exercícios respiratórios.

Antes da avaliação das pressões respiratórias máximas e da autonomia funcional (protocolo de GDLAM), realizou-se uma avaliação completa dos idosos, com dados pessoais, anamnese e exame físico.

Avaliação da Pressão Inspiratória Máxima (MIP) e Pressão Expiratória Máxima (MEP): Inicialmente ao treinamento muscular respiratório e após, foi aferida a força dos músculos inspiratórios e expiratórios, interpretada através da pressão inspiratória máxima (MIP) e pressão expiratória máxima (MEP), respectivamente. O instrumento utilizado foi o manovacuômetro (Analgico com intervalo operacional de -120 a +120 cmH₂O; Critical Med/USA-2002 e mostrador com intervalos de escala de 4cmH₂O). Durante a mensuração da MIP, foram utilizados nasocliques, os quais impedem o escape aéreo durante as medidas. Na medida da MIP, os músculos da boca e da orofaringe podem gerar uma pressão negativa que pode alterar os resultados, estando a glote aberta (forma correta) ou indevidamente fechada. Para evitar essa interferência da musculatura orofacial nas medidas das pressões respiratórias máximas, foi colocado um orifício de fuga no instrumento de mensuração (NEDER et al., 1999). Esse orifício dissipa as pressões, sem afetar, significativamente, aquelas produzidas pelos músculos respiratórios. Quanto ao número de manobras, foram realizadas cinco, obtendo-se três manobras aceitáveis (duração de pelo menos 2 segundos e ausência de vazamentos (SUPINSKI, 1999; MACHADO, 2008). Entre as manobras

aceitáveis deve haver pelo menos duas reprodutíveis (diferença menor que 5%, entre as duas superiores). Foi respeitado um repouso de no mínimo um minuto entre uma manobra e outra, para melhor equalização dos volumes e, conseqüentemente, das pressões máximas (SOUZA, 2002). Para a realização da mensuração da MEP, o paciente é orientado a inspirar até a capacidade pulmonar total (CPT), e a realizar um esforço expiratório sustentado até o volume residual (VR). A posição sentada é a recomendada para as medidas de Pimáx e Pemáx (NEDER et al., 1999; MACHADO, 2008).

TABELA 1 – Valores referenciais da Pimáx e Pemáx para a população brasileira segundo Neder et al , 1999.

Homens (n=50)			Mulheres (n=50)	
Idade (anos)	MIP (cmH ₂ O)	MEP (cmH ₂ O)	MIP (cmH ₂ O)	MEP (cmH ₂ O)
20-29	129,3±17,6**	147,3±11,0*	101,6±13,1*	114,1±14,8*
30-39	136,1±22,0*	140,3±21,7*	91,5±10,1	100,6±12,1
40-49	115,8±87,0*	126,3±18,0*	87,0±9,1	85,4±13,6
50-59	118,1±17,6*	114,7± 6;9*	79,3±9,5	83,0±6,2
60-69	100,0±10,6*	111,2±10,9*	85,3±5,5	75,6±10,7
70-80	92,8 ± 72,8*	111,5±21,0*	72,7±3,9	69,6±6,7

MIP= pressão inspiratória máxima; MEP= pressão expiratória máxima. Dados são informados em média e desvio padrão. *Efeito significante entre faixas etárias dentro de sexo (p <0,05); 20-29 grupos de idades verso 40-49 anos. Grupos 60-69 e 70-80. Efeitos significantes entre sexo (p <0,05); mulheres x homens através de faixa etária.

- **Avaliação da Autonomia funcional.** Foi utilizado para este estudo o protocolo de autonomia funcional do GDLAM, composto por cinco tes-

tes: C10m, caminhar 10 metros (SIPILÃ, 1996), LPS, levantar da posição sentada (GURALNIK et al., 1994); LPDV, levantar da posição de decúbito ventral (ALEXANDER et al., 1997), LCLC, levantar caminhar e locomover pela casa (ANDREOTTI, 1999); VTC, vestir e tirar a camiseta (VALE, 2006). O indivíduo deve realizar duas tentativas para cada teste, e o avaliador registrará a execução mais rápida (o menor tempo). Após essa etapa, os dados obtidos devem ser colocados na fórmula de cálculo do novo índice geral de autonomia - índice GDLAM - IG (CADER et al, 2006). Concluída esta fase, os resultados dos tempos obtidos nos testes e o IG calculado, em escores, devem ser classificados de acordo com padrão de avaliação da autonomia funcional do protocolo GDLAM indicado na Tabela 2.

TABELA 2 – Padrão de avaliação da autonomia funcional do protocolo GDLA

TESTES CLASSIF.	10M (SEG)	LPS (SEG)	LPDV (SEG)	VTC (SEG)	LCLC (SEG)	IG (ESCORES)
Fraco	+ 7,09	+ 11,19	+ 4,40	+ 13,14	+ 43,00	+ 27,42
Regular	7,09 - 6,34	11,19 - 9,55	4,40 - 3,30	13,14 - 11,62	43,00 - 38,69	27,42 - 24,98
Bom	6,33 - 5,71	9,54 - 7,89	3,29 - 2,63	11,61 - 10,14	38,68 - 34,78	24,97 - 22,66
Muito bom	- 5,71	- 7,89	- 2,63	- 10,14	- 34,78	- 22,66

C10m = caminhar 10 metros; LPS = levantar da posição sentada; LPDV = levantar da posição de decúbito ventral; VTC = vestir e tirar uma camiseta e LCLC = levantar da cadeira e locomover-se pela casa; valores em segundos. IG = índice GDLAM, valores em escores (VALE, 2005).

- **Treinamento do grupo Threshold.** Após a aferição da MIP e MEP inicial (pré-treinamento), os idosos do GT foram submetidos a um programa de exercícios respiratórios, conforme estudo de Ide *et al* (2007), que avaliou a melhora da expansibilidade torácica em idosos saudáveis com o referido programa de exercícios. O programa era composto dos seguintes exercícios:
 1. ativo/resistido de adução-abdução horizontal da articulação do ombro.
 2. ativo/resistido de flexão-extensão da articulação do ombro.
 3. ativo/resistido de flexão anterior associada à rotação do tronco.
 4. ativo/resistido de flexão lateral de tronco.
 5. ativo/resistido de rotação lateral de tronco.
 6. Exercício ativo de elevação dos membros superiores acima da cabeça.
 7. Relaxamento final - inspiração e expiração profunda, sem o acompanhamento de outros movimentos.

Após a realização dos exercícios, foi utilizado o Threshold® IMT (Respironics USA - 2004). É comercialmente disponibilizado na forma de um cilindro plástico transparente, contendo, em uma das extremidades, uma válvula que se mantém fechada pela pressão positiva de uma mola e, na outra extremidade, um bocal. A válvula bloqueia o fluxo aéreo até que o paciente gere pressão inspiratória suficiente para vencer a carga imposta pela mola (CADER et al., 2008).

Para a utilização do Threshold® neste estudo, foi iniciada uma carga de trabalho instalada gradualmente,

começando do valor de 50% da MIP de cada indivíduo, sendo acrescidos 10% por semana, até a quarta semana. A partir da quinta semana, foram acrescidos 5% até completar 100% na oitava semana ou o valor de pressão máxima do threshold IMT (41 cmH₂O). A partir de então, esse valor foi mantido nas duas últimas semanas. As sessões tiveram duração de 20 minutos, sendo sete séries de fortalecimento (2 minutos cada) e um intervalo de um minuto entre as séries, durante 10 semanas, três vezes por semana (CADER et al., 2008).

Na utilização desse programa de treinamento, todos os idosos foram avaliados separadamente e treinados em grupo com atenção especial a cada um dos participantes do estudo.

- **Treinamento do Grupo Voldyne.** Os mesmos exercícios respiratórios (IDE, 2007) foram utilizados pelo GT e pelo GV. A técnica de Sustentação Máxima Inspiratória (SMI) utilizando o Voldyne é feita com a mobilização de grandes volumes pulmonares, responsáveis pelo aumento da pressão intra-alveolar ao final da inspiração sustentada. O aumento da pressão intra-alveolar é diretamente proporcional à força contrátil dos músculos respiratórios (diafragma e acessórios), justificando assim o fato de que, para alcançar a CPT e sustentar a inspiração nesse nível, ocorre uma intensa atividade muscular (WATTIE, 1998). Para a utilização da espirometria de incentivo - EI (Voldyne®) como treinamento muscular nos idosos, foram utilizadas como base para a intervenção fisioterapêutica algumas orientações sugeridas: o posicionamento do paciente, que

deverá estar com inclinação do tronco em 30° em relação ao plano horizontal, proporcionando maior recrutamento diafragmático. O aparelho foi posicionado na linha vertical. A inscrição referente ao volume deve ficar visível para o paciente, ocorrendo efeito de biofeedback visual. O idoso foi orientado a realizar uma inspiração lenta e profunda até a CPT, a partir da capacidade residual funcional (CRF). A inspiração lenta favorece um fluxo laminar. A sustentação da inspiração máxima, em torno de três segundos, foi recomendada. A expiração foi feita de forma normal, ou seja, até a CRF. Durante a utilização do Voldyne foi evitado que o paciente hiperventilasse. Intervalos de 60 segundos entre as inspirações sustentadas máximas foram recomendados (MACHADO, 2008). Os idosos recebiam um comando verbal no momento de iniciar uma nova inspiração. Neste estudo, a utilização do Voldyne foi feita por 20 minutos, ou seja, 40 repetições, totalizando duas repetições a cada minuto. Teve uma duração de 10 semanas e frequência de três vezes por semana. A supervisão ao grupo de idosos foi feita de maneira intermitente durante os vinte minutos, observando-os, para que não fizessem hiperventilação.

- **Treinamento do Grupo Controle.** Realizou apenas exercícios respiratórios (IDE et al, 2007). Para analisar os dados, foi utilizada estatística descritiva com média e desvio-padrão para a idade, índice de massa corpórea, pressões respiratórias máximas e autonomia funcional. A normalidade da amostra foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variância pelo teste de Levene. Para a análise

das variáveis respostas foi utilizado, na análise intragrupos, o teste t-Student pareado ou de Wilcoxon, quando apropriado (distribuição homogênea ou heterogênea dos dados, respectivamente). Para a avaliação intergrupos, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal Wallis seguido das comparações múltiplas pelo teste de Mann-Whitney. Adotou-se o nível de $p < 0.05$ para a significância estatística. Para a tabulação e análise dos resultados foi utilizado o pacote estatístico SPSS 14.0.

ANALISANDO RESULTADOS

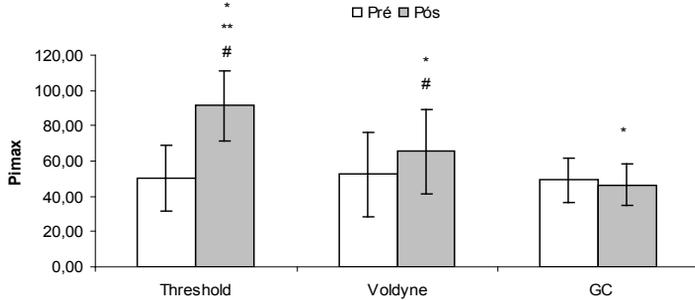
Na análise da normalidade da amostra, foi encontrada uma distribuição heterogênea dos dados em: a) GV: MEP ($p=0,020$); LPS ($p=0,013$); LPDV ($p=0,017$); b):GC: C10m ($p=0,043$); LPDV ($0,036$); LCLC ($p=0,018$).

Os dados apresentados no Gráfico 1 foram relativos aos efeitos do treinamento muscular respiratório para os GT, GV e GC em relação à variável MIP. Em relação à comparação intragrupos (pré x pós) houve aumento significativo da MIP nos GT ($\Delta\%= 82,05$; $p=0,0001$) e GV ($\Delta\%=25,11$; $p=0,010$) de forma satisfatória. Entretanto, o GC obteve uma redução significativa insatisfatória da MIP ($\Delta\%=-5,47$; $p=0,012$). Na avaliação intergrupos houve melhora significativa ($p<0,05$) da MIP nos GT ($\Delta\%=44,75$; $p=0,0001$) e GV ($\Delta\%=19,00$; $p=0,037$) quando comparada ao GC. Adicionalmente, o GT apresentou um aumento significativo da força muscular inspiratória ($\Delta\%=25,75$; $p=0,007$) quando comparado ao GV.

Segundo os dados referenciais de Neder et al.

(1999), pôde-se observar que os idosos estudados desta faixa etária apresentam valores para MIP bem inferiores aos valores para normalidade propostos.

GRÁFICO 1 – Comparação intra e intergrupos da MIP



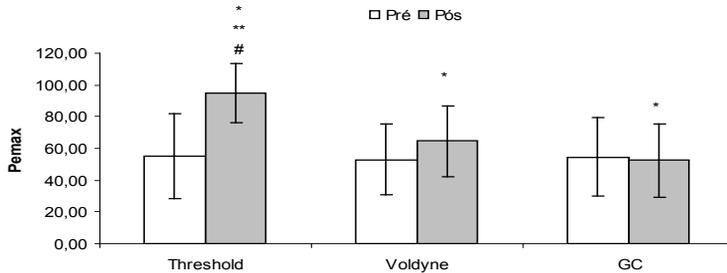
* $p < 0,05$; Pré x Pós.

** $p < 0,05$; Threshold pós x Voldyne pós.

$p < 0,05$; Threshold pós x GC pós; Voldyne pós x GC pós.

Gráfico 2 exhibe os dados do pré e pós treinamento muscular respiratório para a MEP. Na comparação do treinamento intragrupos (pré x pós) houve uma melhora significativa da MEP para os GT ($\Delta\% = 70,88$; $p = 0,0001$) e GV ($\Delta\% = 21,80$; $p = 0,010$) e insatisfatória para o GC ($\Delta\% = -4,23$; $p = 0,008$). Para o comparação intergrupos (pós x pós), houve uma melhora significativa da MEP no GT em relação aos grupos GV ($\Delta\% = 30,25$; $p = 0,002$) e GC ($\Delta\% = 42,41$; $p = 0,0001$).

Segundo os dados referenciais de Neder et al. (1999), pôde-se observar que igualmente para os valores de normalidade de MEP, também apresentaram valores inferiores para a faixa etária estudada.

GRÁFICO 2 – Comparação intra e intergrupos da Pemáx.

* $p < 0,05$, pré-teste x pós-teste

** $p < 0,05$, pós-teste Threshold x pós-teste Controle

$p < 0,05$; Threshold pós x GC pós; Voldyne pós x GC pós.

Na Tabela 3 estão apresentados dados da autonomia funcional no pré e pós-testes para os GT, GV e GC. Na comparação intragrupos (pré x pós) houve diferença significativa ($p < 0,05$) no GT para todos os testes (C10m: $\Delta\% = -20,57$, $p = 0,0001$; LPS: $\Delta\% = -13,53$, $p = 0,020$; VTC: $\Delta\% = -27,96$, $p = 0,0001$; LCLC: $\Delta\% = -18,71$, $p = 0,0001$ e IG: $\Delta\% = -18,43$, $p = 0,0001$), exceto no LPDV. Já no GV só houve diferença significativa ($p < 0,05$) para o C10m ($\Delta\% = -17,11$; $p = 0,004$). Na comparação intergrupos (pós x pós), houve uma significância estatística ($p < 0,05$) para o teste VTC entre o GT e o GV ($\Delta\% = -3,62$; $p = 0,017$), sendo os resultados favoráveis ao GT. Semelhantemente houve diferença estatística ($p < 0,05$) do GT no C10m ($\Delta\% = -3,83$; $p = 0,023$), LCLC ($\Delta\% = -34,02$; $p = 0,012$) e IG ($\Delta\% = -13,63$; $p = 0,004$) em relação ao GC de forma satisfatória.

Segundo os dados referenciais de Vale (2005), pôde-se observar que a amostra obteve os seguintes níveis de autonomia funcional onde foi observado escore, ou seja, IG acima de 27,42; considerado fraco

tanto no pré e pós-treinamento em todos os grupos. Porém houve melhora significativa no GT intragrupo, no C10m, LPS, VTC, LCLC e IG com exceção no LPDV. Já no GV intragrupo houve melhora no C10m e nenhuma melhora estatisticamente significativa no GC.

Na comparação intergrupos, o GT em relação ao GV obteve uma melhora significativa no teste VTC. Quando observado o GTxGC houve melhora no C10m, LCLC e IG. Diante dos resultados pode-se inferir que o Threshold obteve uma melhor resposta ao treinamento muscular respiratório em relação aos demais grupos na melhora da autonomia funcional, porém não satisfatória em todos os testes propostos, conforme Tabela 3.

TABELA 3 – Comparação intra e intergrupos da autonomia funcional

	Grupo Threshold (GT)		Grupo Voldyne (GV)		Grupo Controle (GC)	
	Media ± s (pré)	Media ± s (pós)	Media ± s (pré)	Media ± s (pós)	Media ± s (pré)	Media ± s (pós)
C10m	9,58 ± 2,53	7,61 ± 1,83 * #	9,36 ± 2,60	7,76 ± 2,07*	9,99 ± 4,20	11,44 ± 6,60
LPS	12,45 ± 2,80	10,77 ± 1,89 *	12,49 ± 2,70	11,44 ± 2,45	10,04 ± 2,16	12,99 ± 4,60
LPDV	7,28 ± 3,26	7,45 ± 3,20	6,32 ± 3,32	6,91 ± 2,79	7,11 ± 3,26	8,48 ± 3,56

(continua)

(conclusão)

	Grupo Threshold (GT)		Grupo Voldyne (GV)		Grupo Controle (GC)	
	Media \pm s (pré)	Media \pm s (pós)	Media \pm s (pré)	Media \pm s (pós)	Media \pm s (pré)	Media \pm s (pós)
VTC	19,17 \pm 6,28	13,81 \pm 3,19 ***	19,44 \pm 5,95	17,43 \pm 4,89	14,62 \pm 3,69	16,97 \pm 5,26
LCLC	64,59 \pm 14,73	52,51 \pm 8,02 * #	62,87 \pm 16,66	60,32 \pm 14,37	69,54 \pm 25,31	86,53 \pm 47,80
IG	40,39 \pm 8,01	32,94 \pm 5,37 * #	39,52 \pm 9,36	36,86 \pm 8,31	38,26 \pm 10,23	46,57 \pm 19,09

* $p < 0,05$, pré-teste x pós-teste
pós-teste Voldyne - ** $p < 0,05$, pós-teste Threshold x
pós-teste Voldyne

$p < 0,05$, pós-teste Threshold x pós-teste Controle

S: desvio padrão; pré: pré-teste; pós: pós-teste; C10m: caminhar 10 metros; LPS: levantar da posição sentada; LPDV: levantar da posição de decúbito ventral; VTC: vestir e tirar a camiseta; LCLC: Levantar caminhar e locomover pela casa; IG: índice GDLAM. A unidade de medida dos testes é em segundos (s).

DISCUTINDO RESULTADOS

Estudos com utilização da MIP como parâmetros para avaliação de força muscular respiratória são bastante utilizados na comunidade científica, entretanto, por mais que se estude, ainda existem questões a serem investigadas. Neste estudo utilizou-se o treino respiratório muscular em idosos com dois instrumentos de incentivadores espirométricos diferentes, um a pressão e outro a volume. Foi feita uma comparação de como seria a resposta dos idosos quanto à melhora da MIP e MEP.

Observou-se que nos GT e GV houve melhora significativa no incremento da Pimáx e Pemáx. Isto vem corroborar com o estudo de meta-análise sobre o treinamento muscular inspiratório (TMI) realizado em

pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que revelou que existe uma significativa melhora na força e resistência dos músculos e diminuição na sensação de dispneia, recondicionando a musculatura de indivíduos com pneumopatias crônicas (LOTTERS et al, 2002). Outro estudo realizado por Cader et al. (2007) com idosos institucionalizados utilizando o treino dos músculos respiratórios também sustentou a melhora da MIP, quando o grupo experimental apresentou melhora de $31,67 \pm 11,11$ cmH₂O (pré-teste) para $55,24 \pm 23,26$ cmH₂O (pós-teste) (Wilks lambda = 0,21; F (7, 26) = 14,01; p = 0,00000).

Estudo de Serón et al. (2005) com duração de dois meses de TMI randomizado e controlado com 35 pacientes com limitação crônica do fluxo aéreo revelou uma melhora da força muscular p=0,02 e recomenda mais estudos para a efetividade a longo prazo desse treino. Yeldan, Gurses e Yuksel (2008) comparam os efeitos do TMR em 23 indivíduos com distrofia muscular, em programas de treinamento domiciliar com o threshold e com exercícios respiratórios, num período de 12 semanas. Obtiveram resposta significativa ao treino, enfatizando a importância de exercícios respiratórios nos pacientes com distrofia muscular. Weiner et al. (2003) estudaram pacientes com DPOC, dividindo a amostra em quatro grupos: oito indivíduos fizeram TMI (treinamento muscular inspiratório), oito TME (treinamento muscular expiratório), oito TMI+TME e 08 TMR com cargas baixas. Observaram uma melhoria na força e resistência dos músculos. O treino muscular inspiratório melhorou significativamente a sensação de

dispneia e o TC-6min. O estudo conclui que não foi observada nenhuma melhora significativa do TMI+TME em relação ao TMI.

A investigação aqui apresentada ressaltou a importância do incremento de cargas para a melhora da força muscular nos gerontes visto que ao incrementar as cargas ofertadas para o treino obtêm uma melhor resposta na melhoria da força dos músculos esqueléticos. Essa mesma hipótese foi descrita no estudo investigando o TMI de alta intensidade em indivíduos com DPOC moderada a severa, nas variáveis força muscular, qualidade de vida, capacidade de exercício e sensação de dispneia, quando se observou que houve melhora significativa na força muscular, sensação de dispneia e fadiga (HILL et al., 2006).

Entretanto, o trabalho de Madariaga et al. (2007) contrapõe a utilização de cargas máximas ou incrementais. Em um treino com a utilização do threshold, utilizando dois métodos de TMI, um com carga incremental e outro não, em indivíduos com DPOC, em duas sessões de 15 minutos durante seis semanas, constataram um aumento da força muscular respiratória, porém sem diferença significativa entre os métodos.

Para as variáveis da autonomia funcional, utilizando como teste o protocolo de GDLAM, o TMI foi satisfatório para a melhoria da autonomia funcional nos gerontes participantes do estudo no GT e também significativo para a comparação GTxGC, porém o mesmo não se aplica para a comparação GTxGV. Entretanto não foram observadas mudanças nos escores de acordo com os valores referen-

ciais de Vale (2006). Esses resultados vêm corroborar com a revisão sistemática de literatura realizada em pacientes com fibrose cística na observância da melhora da capacidade funcional nestes sujeitos (REID et al., 2008). Apoiando esta investigação, Vasconcellos et al. (2007) delinearão um estudo correlacional entre a força dos músculos respiratórios através da Pimáx e Pemáx, e capacidade funcional pelo teste de caminhada de seis minutos e observaram que os valores dos coeficientes de Correlação de Pearson entre a distância percorrida e a MIP e MEP foram, respectivamente: $r = 0,44$ ($p = 0,005$) e $r = 0,27$ ($p = 0,11$), havendo uma correlação positiva somente para a Pimáx, e recomendando o TMI para os programas de reabilitação física, para a contribuição da capacidade funcional em idosos. Outro estudo contrapõe os achados da vigente investigação, onde foi observado nos pacientes com DPOC em treinamento dos músculos respiratórios que não houve nenhuma correlação entre VO_2 máx com média 27.2 ± 6.1 mlO₂/min/kg e a média da distância percorrida de 6 minutos era de 569.4 ± 101.7 m. Houve um decréscimo nas pressões inspiratórias máximas e pressões expiratórias máximas após exercício máximo que era de 71.4 ± 23.0 (pré-exercício) versus 63.6 ± 22.2 cmH₂O (pós-exercício) com $p = 0.001$ e para Pemáx 124.9 ± 46.5 (pré-exercício) versus 112.3 ± 46.6 cmH₂O (pós-exercício) com $p = 0.02$. Observaram uma correlação negativa entre a distância percorrida de 6-minutos e a diferença entre pré e pós na MIP. Concluíram que a função do músculo respiratório é prejudicada em

pacientes com DPOC, porém não afeta o desempenho do exercício³¹. Esses achados parecem estar presentes para este grupo estudado devido à doença respiratória crônica, fator que não se aplica para os idosos do presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É muito provável que vários estudos científicos já consolidem a importância do treinamento muscular respiratório (TMR) na melhoria das pressões respiratórias máximas em indivíduos com diversas doenças. Entretanto, há de ser igualmente relevante o TMR em indivíduos idosos, aparentemente saudáveis, para a prevenção de doenças do aparelho respiratório e promoção do envelhecimento melhor sucedido, já que a expectativa de vida está alcançando números cada vez maiores. Isso vem chamar a atenção, principalmente para idosos de instituições de longa permanência onde, com frequência, a apatia moral e social faz-se presente nessas comunidades, levando ao desinteresse em realização de atividades instrumentais da vida, fato que vem agravar os problemas inerentes da senescência. Este estudo também apontou para melhoras significativas do TMR tanto no GT quanto GV em relação às variáveis MIP e MEP, porém o GT obteve uma melhora significativa, apontando para a preconização da reabilitação dos músculos respiratórios com incentivadores de carga incremental pressórica linear associada aos exercícios respiratórios.

Diante da descrição sobre a autonomia funcional

de idosos, não foi observada melhora significativa em todos os testes propostos pelo protocolo de GDLAM, parece imprescindível que idosos institucionalizados tivessem um acompanhamento atencioso das habilidades físicas e funcionais, para a detecção precoce de dificuldades para realização das atividades instrumentais da vida diária, utilizando como marcadores de perda da capacidade funcional, protocolos que avaliam a autonomia e independência funcional do idoso.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, Neil B.; ULBRICH, Jessica; RAHEJA, A.; CHANNER, Dwight. Rising from the floors in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. v. 45, n.5, p. 564-569, 1997.

ANDREOTTI, Rosana A.; OKUMA, Silene Sumire. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*. v. 13, n. 1, p. 46-66, 1999.

BARROS, Graziella. F.; SANTOS, Claudia da S.; GRANADO, Fernanda G. et al. Treinamento muscular respiratório na revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. v. 25, n. 4, p.483-490. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CADER, Samária; ELIREZ, Bezerra da Silva; VALE, Rodrigo et al. Perfil da qualidade de vida e da autonomia funcional de idosos asilados em uma instituição filantrópica no município do Rio de Janeiro. *Fitness & Performance Journal*, v. 5, n. 4, p. 256-261. 2006.

CADER, Samária; ELIREZ, Bezerra da Silva; VALE, Rodrigo et al. Efeito do treino dos músculos inspiratórios sobre a pressão inspiratória máxima e a autonomia funcional de idosos asilados. *Motricidade*, v. 3, n.1. p. 279-288. 2007.

CADER, Samária; ELIREZ, Bezerra da Silva; VALE, Rodrigo et al. The effects of inspiratory muscle strengthening on mip and quality of life of elderly nursing home patients. *International Journal of Sport Science*. v. 10, n. 4, p. 13-24. 2008.

CÉSAR, Eurico Peixoto, ALMEIDA, Olavo Venâncio de, PERNAMBUCO, Carlos Soares et al. Aplicação de quatro testes do protocolo GDLAM - Grupo de desenvolvimento latino-americano para maturidade. *R. Min. Educ. Fis., Viçosa*, v. 12, n. 1, p. 18-37. 2004.

GUIMARÃES, L.H.C.T.; GALDINO, D.C.A.; MARTINS, F.L.M.; ABREU, S.R. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Rev Neurociências*, v. 12, n. 3, p. 1-6. 2004.

GUIMARÃES, L.H.C.T.; GALDINO, D.C.A.; MARTINS, F.L.M et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Revista Neurociências, Lavras*, v. 12, n. 2, 2005.

GURALNIK, J.M.; SIMONSICK, E. M.; FERRUCI, L. et. al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *The Journal of Gerontology*, v. 49, n. 2, p. 85-94. 1994.

HILL, K.; JENKINS, S.C.; PHILIPPE, D. L., et al. High-intensity inspiratory muscle training in COPD. *Eur Respir J*. v. 27, n. 6, p.1119–1128. 2006.

IDE, Maiza R.; CAROMANO, Fátima A.; DIP, Marize A.V. B. et. al. Exercícios respiratórios na expansibilidade torácica de idosos: exercícios aquáticos e solo. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 33-40, abr./jun. 2007.

JANSSENS, J.P.; PACHE, J. C.; NICOD, L. P. Physiological changes in respiratory function associated with ageing. *Euro. Resp. Journal*. v. 13, n. 1, p. 197-205. 1999.

LOTTTERS, F.; VAN TOL, B.; KWAKKEL, G.; GOSELINK, R. Effects of controlled inspiratory muscle training in patients with COPD: a meta-analysis. *Eur Respir J*. v. 20, p. 570-576, 2002.

MACHADO, M.G.R. Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MADARIAGA, V B.; ITURRI, J.B.; MANTEROLA, A.G. et al. Comparison of 2 Methods for Inspiratory Muscle Training in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Bronconeumol*, v. 43, n. 8, p. 431-438. 2007.

MASKEY-WARZECHOWSKA M.; PRZYBYŁOWSKI, T.; HILDEBRAND, K. et al. Maximal respiratory pressures and exercise tolerance in patients with COPD. *Pneumonol Alergol Pol*. v. 74, n. 1, p. 72-6. 2006.

NEDER, J.A; ANDREONI, S.; LERARIO, M.C.; NERY, L. E.. Reference values for lung function tests. II. Maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. *Brazilian Journal of Medical and Biological research*, v. 32, p. 719-727. 1999.

SOUZA, Roberto B. Pressões respiratórias estáticas máximas. *J Pneumol.* 2002: 28 Suppl 3:S155-65. 1999.

REID, W. D., et al. Effects of inspiratory muscle training in cystic fibrosis: a systematic review. *Clinical Rehabilitation.* v. 22, p.1003–1013. 2008.

SERÓN, P., RIEDEMANN P., MUÑOZ S., DOUSSOULIN A., VILLARROEL P., CEAB X. Effect of Inspiratory Muscle Training on Muscle Strength and Quality of Life in Patients With Chronic Airflow Limitation: a Randomized Controlled Trial. *Arch Bronconeumol.* v. 41, n.11, p. 601-606. 2005.

SIPIIÄ, S. MULTANEN, J.; KALLINEN, M.; et al. Effects of strength and endurance training on isometric muscle strength and walking speed in elderly women. *Acta Physiologica Scandinavica,* v. 156, n. 4, p. 457-464. 1996.

SUMMERHILL, Eleanor M.; ANGOV, Nadia; GARBER, Carol; MCCOOL, Dennis F. Respiratory Muscle Strength in the Physically Active Elderly. *Lung.* v. 185, n. 6, p.315–320. 2007.

SUPINSKI, G. Determination and interpretation of inspiratory and expiratory pressure measurements. *Clin. Pulm. Med.* v. 6, p.118-125. 1999.

TOMASINI, Sérgio L.V.; ALVES, Simone. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *RBCEH.* v. 4, n. 1, p. 88-102. 2007.

VALE, Rodrigo Gomes de S.; PERNAMBUCO, Carlos Soares; NOVAES, Jefferson da Silva; DANTAS, Estélio Henrique Martin Teste de autonomia funcional: vestir e tirar uma camiseta (VTC). *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 14, n. 3, p. 71-78. 2006.

VALE, Rodrigo Gomes de S. Avaliação da autonomia funcional de idosos. *Fitness & Performance Journal*, Rio de Janeiro. v. 4, n. 1, p. 4-10. 2005.

VASCONCELLOS, Joseiane A. C., BRITTO, Raquel R., PARREIRA, Verônica F. et. al. Pressões respiratórias máximas e capacidade funcional em idosas assintomáticas. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 93-100, jul./set. 2007.

WATTIE J. Incentive spirometry following coronary artery bypass surgery. *Physiotherapy*. v. 84, p. 508-14. 1998.

WEINER, P.; MAGADLE, R.; BECKERMAN, M.; WEINER, M.; BERAR-YANAY, N. Comparison of specific expiratory, inspiratory, and combined muscle training programs. In: COPD. *Chest*. v. 124, n. 4, p. 1357-1364, 2003.

YELDAN, I, GURSES, H.N., YUKSEL, H. Comparison study of chest physiotherapy home training programmes on respiratory functions in patients with muscular dystrophy. *Clinical Rehabilitation*, v. 22, n. 8, p.741-748. 2008.

Recebido em julho de 2014
Reapresentado em maio de 2015
Aprovado em novembro de 2015

EDUCAÇÃO E CUIDADO NAS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS

Alisson da Silva Souza¹

Resumo. Ideias preconceituosas sobre pessoas idosas continuam sendo reproduzidas entre diferentes gerações. O presente artigo é resultado da realização do projeto intergeracional intitulado “Aprendendo sobre a velhice”, realizado em escola pública de ensino fundamental da cidade de Santo Antônio de Jesus, no estado da Bahia. O projeto foi desenvolvido em cinco encontros de 26 crianças com idades entre seis e sete anos (12 delas meninas e 14 meninos) e três idosos com idades entre 65 e 70 anos, em sala de aula, e teve como objetivos proporcionar a convivência entre esses segmentos etários, para compreender como as crianças constroem a imagem da pessoa idosa e como estabelecem suas relações. A aproximação ocorreu por meio de atividades conjuntas como oficinas de dança, trabalho com argila, roda de samba, confecção de flores e arranjos, contação de histórias, atividades físicas, além de rodas de conversa refletindo acerca de temas propostos. Nos encontros as crianças puderam conversar, tirar dúvidas e perceber o significado da velhice a partir da perspectiva de idosos ativos, que têm sua autonomia preservada e boa qualidade de vida. Este artigo propõe-se apresentar os resultados das intervenções e refletir sobre a importância que o tema da intergeracionalidade desempenha nos processos educativos das novas gerações.

Palavras-chaves. Educação. Envelhecimento. Relações Intergeracionais.

¹ Psicólogo, Mestrando em Educação pela UEFS, Feira de Santana/BA.
E-mail: <pot_ppb@hotmail.com>

EDUCATION AND CARE IN INTERGENERATIONAL RELATIONS

Abstract. Prejudiced ideas about older people continue to be reproduced between different generations. This article is the result of the intergenerational project titled "Learning about old age", carried out in a public elementary school in the city of Santo Antonio de Jesus, in the State of Bahia. The project was developed in five meetings of 26 children between the ages of six and seven (12 of them girls and 14 boys) and three elderly people between 65 and 70 years of age, in the classroom, and had as objectives to coexist between these To understand how children construct the image of the elderly person and how they establish their relationships. The approach took place through joint activities such as dance workshops, clay work, samba rhythms, flower making and arrangements, storytelling, physical activities, as well as conversation wheels reflecting on proposed themes. At the meetings the children were able to talk, ask questions and perceive the meaning of old age from the perspective of the active elderly, who have their autonomy preserved and good quality of life. In this article we propose to present the results of the interventions and reflect on the importance that the theme of intergenerationality plays in the educational processes of the new generations.

Keywords. Education. Aging. Intergenerational Relationships.

EDUCACIÓN Y ATENCIÓN EN RELACIONES INTERGENERACIONAL

Resumen. Ideas prejuiciosas sobre las personas mayores siguen siendo jugado entre diferentes generaciones. Este artículo es el resultado de la terminación del proyecto intergeneracional titulada "Aprender sobre la vejez", celebrado en la escuela pública de la escuela primaria en Santo Antonio

de Jesús en Bahía. El proyecto fue desarrollado en cinco sesiones de 26 niños de edades comprendidas entre los seis y siete años (12 de ellos niñas y 14 niños) y tres personas mayores de edades comprendidas entre 65 y 70 años en el aula, a fin de proponer la coexistencia de estos grupos de edad, para entender cómo los niños a construir la imagen de las personas mayores y para establecer su relación. El enfoque se llevó a cabo a través de actividades conjuntas como talleres de danza, el trabajo con la arcilla, la samba, por lo que las flores y los arreglos, cuentacuentos, actividades físicas, y círculos de conversación que reflejan sobre temas propuestos. En las reuniones los niños pudieran hablar, hacer preguntas y entender el significado de la vejez desde la perspectiva de las personas mayores activas, que han conservado su autonomía y calidad de vida. En este artículo se propone presentar los resultados de las operaciones y reflejan la importancia que el tema de los juegos intergeneracionales en los procesos educativos de las nuevas generaciones.

Palabras-clave. Educación. Envejecimiento. las relaciones intergeneracionales

ÉDUCATION ET DES SOINS DANS LES RELATIONS INTERGÉNÉRATIONNELLE

Résumé. Idées de préjugés sur les personnes âgées continuent d'être joué entre les différentes générations. Cet article est le résultat de l'achèvement du projet intergénérationnel intitulé «L'apprentissage de la vieillesse» a eu lieu à l'école publique de l'école élémentaire à Santo Antonio de Jesus à Bahia. Le projet a été développé en cinq séances de 26 enfants âgés de six à sept ans (12 filles et 14 garçons) et trois personnes âgées âgées entre 65 et 70 ans dans la salle de classe, et vise à fournir la coexistence de ces les groupes d'âge, pour comprendre comment les enfants construisent l'image des personnes âgées et d'établir leur relation. L'approche a eu

lieu grâce à des activités conjointes telles que des ateliers de danse, le travail avec de l'argile, la samba, des fleurs et des arrangements faisant, des contes, des activités physiques et des cercles de conversation reflétant sur des sujets proposés. Dans les réunions, les enfants pouvaient parler, poser des questions et comprendre la signification de la vieillesse du point de vue des personnes âgées actives, qui ont conservé leur autonomie et leur qualité de vie. Cet article se propose de présenter les résultats d'exploitation et de tenir compte de l'importance que la question des jeux intergénérationnels dans les processus éducatifs des nouvelles générations.

Mots-clés. Education. Vieillesse. Les relations intergénérationnelles.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado uma das grandes mudanças a que o mundo assiste. Essas mudanças, com aumento quantitativo crescente da população idosa e o continuado incremento de anos à expectativa de vida, exigem um novo olhar sobre essa realidade, para compreender os múltiplos fenômenos intrínsecos à velhice e ao processo do envelhecimento.

Trata-se de fenômeno que vem integrando, há décadas, o elenco das preocupações em diferentes países, sendo discutido em diferentes espaços, inclusive nos meios acadêmicos, absolutamente pertinente em função dos desafios que promove para toda a sociedade.

A maior expectativa de vida, a visibilidade da velhice e o convívio da pessoa idosa com diferentes gerações fazem com que o tema do envelhecimento entre na agenda de diferentes países, considerados desenvolvidos ou

não, e campos do conhecimento. A grande questão é que o crescimento dessa população não se faz acompanhar, proporcionalmente, de condições que qualifiquem a vida de parcela significativa dela, mantendo-a cada vez mais vulnerável e fragilizada, ainda que se possa falar em seu empoderamento.

Não é de hoje que o Brasil expressa sua preocupação com a velhice, quando inclui essa questão na Constituição Federal e em inúmeros documentos como códigos civil, penal e eleitoral, desde o início do século vinte, além de ser signatário de diferentes documentos internacionais. Essa preocupação propõe a garantia de direitos para uma velhice ativa, com acesso à saúde, na busca por qualificação da vida na velhice; à educação, quando objetiva melhor compreender a velhice como processo a que todo ser vivo estará submetido, e a necessidade de tratá-la com respeito e dignidade².

Trata-se de realidade que afeta toda a sociedade, em diferentes dimensões. Se de um lado viver mais traduz uma das grandes conquistas da humanidade, associadas à substancial melhora de parâmetros de saúde, não se pode desconsiderar que essas conquistas não são distribuídas equitativamente nos diferentes contextos sociais, o que passa a ser um desafio para indivíduos, famílias e gestores públicos.

Isso significa a reafirmação de que não é possível conviver com a omissão ou reduzida atenção à presença de idosos na sociedade, da mesma forma que não pode haver garantia de seus direitos se as condições

2 Ainda que na educação básica continue sendo vista como tema transversal.

para uma velhice ativa não forem disponibilizadas. E dentre essas condições, a WHO (2005) aponta que a manutenção da autonomia e da independência no processo de envelhecimento é uma meta fundamental a ser buscada por indivíduos e governantes. Além disso, referindo-se ao contexto em que ocorre o envelhecimento, destaca que a interdependência e a solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo.

Sobre o envelhecimento bem-sucedido, Neri e Teixeira (2008, p. 91) afirmam que

envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenômeno. O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido.

Ramos (2015, p. 192) reforça essa assertiva, assinalando que

a maior longevidade tem modificado de forma importante as configurações familiares e os laços entre

as gerações. Hoje, os avós não apenas têm a possibilidade de ver seus netos nascerem e crescerem, mas também tornarem-se adultos e, muitas vezes, pais. Ao longo desse período estendido de coexistência, os avós podem assumir diferentes significados na vida dos netos, mudando o tipo de interação estabelecida, assim como a própria intensidade do contato, quando estes são crianças, adolescentes ou adultos.

No campo do conhecimento, a Psicologia Social e a contribuição de Moscovici, com a teoria das Representações Sociais, têm sido importante instrumento de análise no campo da pesquisa qualitativa. A preocupação da Psicologia Social é a inserção do sujeito no processo histórico como agente da história que, ao mesmo tempo em que se transforma, transforma o contexto onde se insere. Para Moscovici (2003), conhecer as representações sociais é uma forma de resgatar a relevância do conhecimento do senso comum, que ajuda a compreender as origens e influências do seu processo de construção e contribui, significativamente, para a compreensão do modo como as relações se configuram entre os diferentes sujeitos.

Lopes (2008, p.18), ao analisar as representações sociais construídas por crianças a respeito da velhice, assinala que

as razões para estudar as representações sociais do velho e da velhice podem ser encontradas

considerando-se as alterações contemporâneas acerca desses objetos sociais, tais como o aumento da população de velhos, a maior visibilidade da velhice, bem como as novas e diversas imagens a respeito dessa etapa da vida que têm circulado pela sociedade [sic].

Embora já se tenha mudanças visíveis, a exemplo das inúmeras ações educacionais colocadas em prática em vários cantos do País, inserindo a pessoa idosa, não se têm dúvidas de que ainda há carências e vazios no setor educacional que precisam ser preenchidos, até porque há muito por fazer em termos de valorização do idoso e de redução de preconceitos. Não é demais lembrar o que Lima (2008, p. 68) acrescenta:

[...] embora possamos reconhecer que a educação não é a responsável pela intolerância e violência dominante hoje nas relações sociais de um modo geral, não se pode subestimar o seu papel no modo como as sociedades transmitem e constroem valores, crenças, percepções e representações em torno de múltiplos aspectos da vida.

Nesse sentido, compreender como é construída a imagem da pessoa idosa é uma estratégia eficiente para o entendimento das relações estabelecidas na convivência social, bem como para o planejamento de ações que visem oferecer oportunidades para a construção de novas representações sociais sobre o assunto.

O presente texto, situado no âmbito da intergeracionalidade³, propõe analisar a compreensão das crianças em torno das relações que estabelecem com a pessoa idosa. O objetivo principal das atividades realizadas foi o fortalecimento de atitudes de respeito ao outro, às diferenças etárias e à heterogeneidade da velhice, aproximando as crianças das pessoas idosas, através de vivências que envolveram oficinas de dança, contação de histórias, interpretação de situações com pessoas idosas, significativas para ambos. Uma proposta de trabalho com essa abordagem requer a consideração de que ambos são sujeitos que se constituem em interações e vivências coletivas e individuais, impactadas pelo patrimônio cultural e social da sociedade de que fazem parte.

As atividades foram desenvolvidas em sala de aula⁴, com a participação de 26 alunos do primeiro ano do ensino fundamental do turno vespertino⁵, e participação de três idosos, um deles atleta conhecido na cidade por participar de competições e muito atuante em atividades físicas realizadas com grupo da terceira idade, além de duas idosas, avós de alunos da escola, já conhecidas dos alunos da escola, em outras atividades que desenvolviam na comunidade.

Foram realizadas oficinas de arte, como dança,

3 Expressão que, para Lopes (2005), se refere às relações que ocorrem entre indivíduos pertencentes a diferentes gerações.

4 Espaço pedagógico da Escola Municipal Tiro de Guerra Cidade de Santo Antônio de Jesus, no bairro Jardim Bahia, onde foram desenvolvidas as atividades, com alunos de primeiro ano do ensino fundamental.

5 Meses de abril e maio de 2015.

roda de samba, decoração de vasos de argila, confecção de flores e arranjos, contação de histórias, atividades físicas, interpretação e vivências de situações com os idosos convidados, as quais possibilitaram que as crianças expressassem ideias, compartilhassem entre si experiências de vida, interagissem, colocando-se mais próximos dos idosos.

2 A APRENDIZAGEM INTERGERACIONAL

A pesquisadora Monica Todaro, em livro publicado sobre a relação intergeracional (2009), assinala alguns benefícios dessa convivência em atividades educacionais conjuntas. Esses benefícios circunscrevem-se ao impacto causado pelas opiniões das crianças sobre os idosos, à inserção do tema no currículo escolar, à abertura das organizações escolares para a entrada de idosos, à abertura e possibilidades de realizar pesquisas científicas, às oportunidades que têm educadores de reavaliar a prática pedagógica que utilizam à luz dos conhecimentos advindos do contato com idosos ou com materiais e atividades que incentivem a reflexão a respeito das diferenças.

Para a autora, a experiência enriquece o processo de ensino aprendizagem, pois coloca as crianças em situações concretas de cooperação e contribui com os idosos através da transmissão de novos conhecimentos, propiciando-lhes melhores condições de enfrentar as mudanças sociais e conviver de forma equilibrada com as demais gerações.

Jacques Delors (2000, p. 90), ao analisar a questão da educação no mundo, afirma que ela e o co-

nhcimento devem assentar-se em quatro importantes pilares, convergentes entre si. São eles: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver juntos. Este último, além de ter implicações no desenvolvimento da cidadania, conhecimento e espaços para a cooperação e intercâmbio, vem sendo um dos mais difíceis para o segmento idoso da população, considerando o seu distanciamento ao interagir com a juventude, especialmente pelo domínio da tecnologia nas múltiplas dimensões da vida, cujo acesso e domínio, pelo idoso, ainda é restrito.

Em pesquisa recente Dornelles (2015) investigou o que um grupo de crianças de uma escola pública de Porto Alegre entende por ser idoso. Para isso, utilizou cinco bonecos que representam corpos-velhos de homens e mulheres. Esses *bonecos-corpo-de-velho* motivando crianças e adultos a pensarem sobre seus próprios corpos e os modos de ser velho. Dornelles (2015) também sugere, em pesquisa desenvolvida, que pais e professores podem colaborar para desconstruir, reinventar, pluralizar e apresentar diferentes repertórios relacionados à velhice.

Dornelles (2015, p.187) conclui que

[...] Em meio a crianças, avós, netos, bonecos e bonecas, foi possível que as crianças, ao tratarem sobre o envelhecimento, aprendessem sobre si e o outro, nas atividades com os bonecos-velhos, nas brincadeiras permeadas pela alegria da descoberta.

A partir dessas experiências, é importante considerar que a aprendizagem, em qualquer idade, deve direcionar-se a reflexões em torno do ambiente concreto dos diferentes segmentos etários. Essas reflexões, que devem ser conjuntas, D’Alencar (2002, p.75) realça:

[...] aumentam o nível da consciência dos problemas que afetam o coletivo... A aprendizagem deve situar-se diretamente a partir da experiência, pois nenhuma necessidade é mais humana do que a de perceber o significado da própria experiência.[sic].

Os educadores devem preocupar-se em vincular a educação à realidade da sucessão, da continuidade do ser humano e da renovação das gerações, além, naturalmente, das relações que podem ser cultivadas por diferentes gerações entre si, pressupondo vida partilhada e coexistência. Oliveira (2011, p. 51), ao realçar que “nenhum ser humano se humaniza sozinho. Sempre precisa de outro, que testemunhe seu inacabamento”, chama a atenção para esse convívio de gerações em movimento, afirmando que:

[...] um convívio de gerações, não comporta linearidade e, portanto, não se resume na passagem de sabedoria dos velhos para as crianças. Estas, mesmo que nem sequer o saibam, também podem transmitir às gerações mais velhas (ibidem, p. 28).

Nesse sentido, Barbosa e Scoralick-Lempke (2012, p. 649) realçam a importância da disponibilidade de programas voltados à população idosa e à convivência intergeracional, estimulando melhor conhecimento do processo de envelhecimento com equilíbrio e manutenção da capacidade de desfrutar um envelhecimento equilibrado, apesar dos declínios.

3 A EXPERIÊNCIA DA RELAÇÃO INTERGERACIONAL

Para atingir os objetivos da proposta foram utilizadas técnicas de dinâmicas de grupo, nas quais os participantes puderam desenhar, escrever, contar, ouvir histórias e vivenciar situações de aprendizagem com pessoas idosas. Os temas abordados faziam referência às questões do envelhecimento, à maneira como as crianças veem o mundo, como interagem com pessoas idosas e como sentem o processo de envelhecimento. Foram levantadas discussões que tratavam da vida do idoso que mora só, do idoso que namora, que viaja sem companhia de um adulto, que trabalha, dentre outras questões.

Na primeira aula, através de uma metodologia chamada tempestade de ideias, foi solicitado aos alunos participantes que falassem sobre o envelhecimento. As crianças expressaram livremente o que achavam sobre os idosos. Muitos afirmavam que os idosos eram frágeis, doentes e que não podiam mais fazer nada. Outros revelaram ter medo de pessoas idosas. Outra criança falou ter nojo da pele de velhos e outros afirmaram ter pena dos velhinhos, que eles eram uns coitados e que gostavam deles, pois não faziam mal

nenhum. As falas das crianças, de modo geral, exprimem o entendimento estereotipado que é produzido e propagado sobre a pessoa idosa.

Essas falas apontam para um grupo de representações sobre a velhice, presente no imaginário social, que as crianças reproduzem. De um lado, uma fala que aponta para uma velhice negativa, frágil, doente, ora digna de pena, ora digna de nojo, pela pele enrugada, fundamentada na relação direta entre velhice e doença, entre velhice e incapacidade, entre velhice e fragilidade.

Como se não bastasse as situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência, restringindo o indivíduo nesta fase do ciclo vital a uma existência desprovida de interesses, integração social e oportunidades, esse velho é comparado a um monstro que a criança tem que temer. Trata-se de estereótipos presentes em todas as idades, reproduzindo uma matriz de preconceitos ainda não superada.

Em pesquisa desenvolvida por Dornelles (2015), utilizando bonecos com corpos-velhos, a pesquisadora permitiu que as crianças pegassem os bonecos, apalpassem, brincassem e, a partir disso, procurou saber o que elas pensavam sobre ser velho. Embora carregadas de conteúdos preconceituosos e estereotipados, as falas das crianças também evidenciaram a importância que tem para o desenvolvimento saudável a convivência com pessoas mais velhas.

De acordo com a autora (2015, p.182),

as falas trazidas pelas crianças nas brincadeiras com bonecos- velhos

nos permitem inferir que a convivência com os avós e suas vicissitudes permite que a criança pense sobre o que é ser velho, ter um corpo-velho, sobre o que é viver um processo de envelhecimento. Ou seja, estas se dão conta do processo vital de nascer, crescer e morrer, bem como que as pessoas, ao longo dos tempos, vão se tornando mais frágeis.

A perspectiva adotada neste trabalho também buscou partir do conhecimento prévio que os alunos tinham sobre o que significa envelhecer e, para isso, investigou as relações que as crianças tinham em seu cotidiano com pessoas idosas de modo a compreender o que elas pensam sobre ser idoso.

A partir das concepções apresentadas pelas crianças, foi possível programar os próximos encontros de modo que as histórias, os contos e vídeos utilizados trouxessem o idoso numa perspectiva completamente diferente da que foi idealizada pela grande maioria da classe.

No decorrer dos encontros percebeu-se que as crianças mudaram suas atitudes em relação à velhice. Com base nessa constatação os encontros seguintes foram programados para propiciar o contato das crianças com os idosos participantes do Projeto, duas idosas, professoras de dança e de artesanato, e um idoso, atleta e músico.

O primeiro contato foi com a professora de dança, que optou por iniciar a sua participação com uma contação de história cantada, utilizando movimentos

corporais e técnicas teatrais. Criou uma história a partir do nome dos alunos; em seguida organizou a classe em círculo e, com o auxílio de músicas, trabalhou algumas posturas do corpo, ensinou alguns passos de dança e, em seguida, pediu que a turma sugerisse uma música para que ela criasse com eles uma coreografia para encerrar o encontro. Os alunos escolheram a música “Show das poderosas”, da cantora Anita. O encontro começou e terminou com dança, e a turma teve a possibilidade de identificar características de uma pessoa jovem em outra com mais idade, bem como aprender que a idade não impede uma vida comum e saudável.

O segundo encontro foi com o músico e atleta, que começou falando de sua trajetória, apresentando algumas medalhas recebidas em disputas de que participou; mostrou o pandeiro como instrumento musical que utiliza em rodas de samba e, em seguida, convidou os alunos para fazer um aquecimento corporal, dando comandos para outros movimentos. Desenvolveu também algumas brincadeiras e terminou o encontro fazendo um samba. Esse encontro permitiu que as crianças desconstruíssem a ideia de que o corpo do idoso é frágil e cansado. Em alguns momentos, algumas crianças cansavam e não conseguiam acompanhar o ritmo do idoso. Posteriormente foi discutida essa questão do cansaço, realçando-se que o corpo da pessoa idosa não a impede de fazer exercícios físicos e que o nosso convidado só conseguia realizar todas aquelas atividades porque seu corpo já era treinado para isso.

O terceiro e último encontro foi com a professora de artesanato. Ela havia pedido alguns materiais com antecedência, pois queria construir um porta-retrato com a turma. Pelo fato de ser professora, a convidada foi bastante didática e conseguiu conduzir bem a classe. Os alunos seguiram seus comandos, concentraram-se e conseguiram concluir o trabalho. Observou-se que os alunos utilizaram a criatividade e se empenharam para obter o melhor resultado. No final, a Artesã convidou a classe para fazer uma oração, agradeceu a oportunidade e abraçou a todos/as.

Ao finalizar as intervenções voltadas para a temática do envelhecimento e da intergeracionalidade no ensino fundamental, constatou-se que realmente a educação é um processo de mudança que visa garantir a todo ser humano uma transformação na sua forma de ser e ver o mundo. Quando foi pensada a realização do projeto intergeracional, o principal objetivo era investigar o imaginário de crianças sobre o envelhecimento e, a partir das atividades, envolver modelos de pessoas idosas saudáveis, ativas e que ainda continuam colaborativas com a sociedade, corroborando a ideia de que os participantes da atividade, crianças e idosos, não apenas são produtos, mas produtores da realidade social em que vivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados com a proposta da intergeracionalidade revelaram a capacidade de mobilização que a educação tem. Tal reflexão nos conduz a voltar nosso olhar para o processo de humanização

que está fortemente relacionado com as relações que estabelecemos.

Ao levar em consideração essa função de sensibilização que a educação desempenha, é importante levar em conta o valor do trabalho realizado, pois o mesmo foi capaz de mobilizar a escola sobre a relevância do tema, a criação de oportunidades de contato e transferência de experiências de vida e valores acumulados, bem como serviu para fortalecer nos idosos a autoestima, a possibilidade de uma comunicação positiva com as crianças, com a escola, e a ressignificação de sua identidade social. Aos alunos, propiciou novas concepções a respeito do ser velho, apontando para a compreensão de diferentes formas de envelhecer.

Nesse sentido, a promoção de relacionamentos entre pessoas de idades diferentes no espaço da escola esclarece o entendimento sobre o envelhecer, melhora o relacionamento e o tratamento das crianças em relação aos idosos e estimula o contato e as trocas culturais entre ambos, evidenciando que a atividade desenvolvida cumpriu seu objetivo, influenciou no comportamento das crianças a respeito da velhice, alterando a percepção dos mesmos, desconstruiu ideias preconcebidas sobre a velhice - de fragilidade, de feiura, de causar-lhes medo -, inclusive convencendo a comunidade docente sobre a importância de eventos com tal propósito, o de aprender a viver juntos, conforme sinaliza o Relatório Delors. Aproximar as pessoas, independente de idade, de gênero, de cor, estabelecer pontes e mediar relações deve ser o propósito maior da educação.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Altemir J.G.; SCORALICK-LEMPKE, Natália N. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span, Estudos de Psicologia, Campinas I 29(Supl.) I 647s-655s I outubro-dezembro 2012.

Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Altemir_Barbosa/publication/262662972_Education_and_aging_Life-span_perspective_contributions/links/5446be5c0cf22b3c14e0b199.pdf>. Acesso em fevereiro de 2016.

D' ALENCAR, Raimunda Silva. Ensinar a Viver, Ensinar a Envelhecer: desafios para a educação de idosos. In: Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. UFRGS, Porto Alegre, RS, v. 4, p.61-83. 2002.

DELORS, J. Educação – um tesouro a descobrir. 4. ed São Paulo: Cortez, Brasília: MEC/UNESCO, 2000. 288p

DORNELLES, Leni Vieira. Bonecos com Corpos-velhos: o que dizem as crianças sobre envelhecimento. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p.173-190, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/45671/32242>>. Acesso em dezembro de 2015.

LIMA, Laura Maria S. Mafra. A Escola como espaço de sociabilidade entre jovens e velhos: a cumplicidade do ensinar e aprender. In: Memorialidades n. 9/10, jan.-dez., p, 53-88. 2008

LOPES, Ewellyne Sueli. Encontros Intergeracionais e representação social: o que as crianças pensam sobre velhos e velhice. Holambra, SP: Editora Setembro; São Paulo: Fapesp, 2008.

MOSCOVICI, Serge. Representações Sociais: investigação em psicologia social. Tradução de Pedrinho Guareschi. Coleção Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NERI, Anita Liberalesso, TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, São Paulo, v.19, n. 1, p. 81-91, jan. /mar. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v19n1/v19n1a10.pdf>>. Acesso em março de 2016.

OLIVEIRA, Paulo de Salles. Vidas compartilhadas: cultura e relações intergeracionais na vida cotidiana. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RAMOS, Anne Carolina. Os Avós na Literatura Infantil: perspectivas gerontológicas e educacionais. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 191-225, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/45343/32244>>. Acesso em fevereiro de 2016.

TODARO, Mônica. Vovô vai à escola: A velhice como tema transversal no ensino fundamental. Campinas, SP: Papirus, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).
Envelhecimento ativo: uma política de saúde /
World Health Organization; tradução Suzana
Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da
Saúde, 2005.60p.: il.

OLIVEIRA, Márcio S. B. S. de. Representações
sociais e sociedades: a contribuição de Serge
Moscovici. Revista Brasileira de Ciências Sociais,
São Paulo, v. 19, n. 55, 2004. Disponível em:
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014&lng=en&nrm=iso)
[arttext&pid=S0102-69092004000200014&lng=en&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014&lng=en&nrm=iso)
[nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 jan. 2005.

Recebido em junho de 2016
Reencaminhado em outubro de 2016
Aprovado em dezembro de 2016

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SITUAÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS EM OFICINA DE QUALIDADE DE VIDA¹

Edlam de Souza Santos²

O que é ser idoso ou ser jovem não é uma questão tão simples de ser definida, não obstante a sua aparente obviedade para a consciência individual (BIRMAN, 1995, p. 29).

Resumo. As questões relativas ao processo de envelhecimento abrangem diversos aspectos e, sem dúvidas, justificam os inúmeros estudos e investigações científicas que surgiram nessa área, no cenário atual. Com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e a saúde autorreferida dos idosos participantes da oficina saúde e qualidade de vida realizada na Universidade Aberta à Terceira Idade da UNEB/Alagoinhas, participaram do estudo, por meio de entrevista estruturada, 20 pessoas idosas das 22 participantes da oficina, usando-se como critério de exclusão a idade inferior a 60 anos. Constatou-se prevalência de mulheres com idades entre 60-65 anos e mais de 71 anos, religiosas (65% católicas), autodeclaradas pardas e negras (85%), com grau de escolaridade distribuído entre cinco e oito anos de estudo (30%), de nove a doze anos de estudo (35%), mais de treze anos (15%) e apenas 5% sem qualquer escolaridade. Referenciam ter de ótima a boa saúde (45%), e 55% de regular a ruim. Ainda assim, estão

1 Projeto de Pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UNIRB .

2 Enfermeiro graduado pela Faculdade Regional de Alagoinhas – UNIRB, Mestrando do Programa Saúde e Ambiente da UNIT; Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família e em Urgência e Emergência Hospitalar e Pré-Hospitalar pela Faculdade Santíssimo Sacramento. Docente da Faculdade Regional de Alagoinhas – UNIRB. *E-mail:* <edlamsantos@hotmail.com>

ativas, interagem, participam, mantêm relacionamentos intrageracionais, o que facilita as conversas e trocas de ideias, além de novos aprendizados.

Palavras-chave. Envelhecimento. Interação social. Educação.

ELDERLY SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE AND HEALTH SITUATION WITHIN THE GOVERNMENTAL PROGRAM “UNIVERSIDADE ABERTA A TERCEIRA IDADE”

Abstract. Issues relating to the aging process cover various aspects and undoubtedly justify the numerous studies and scientific research that emerged in this area in the current scenario. The aim of this paper is to describe the sociodemographic profile and self-reported health of the elderly participants of the workshop “health and quality of life”, held within the governmental project “Universidade Aberta a Terceira Idade” at UNEB (Alagoinhas, Bahia, Brazil), 20 of the 22 elderly participants of the workshop took part in the study through structured interviews, using as exclusion criterium the age below 60. It was found that there is a prevalence of women aged 60-65 years and over 71 years, religious (65% catholic), self-declared brown and black (85%), with schooling distributed between five and eight years (30%), from nine to twelve years of schooling (35%), more than thirteen years of schooling (15%), and only 5% without any schooling. 45% declared having from good to excellent health (45%), and 55% from regular to poor health. Still, they are active, interact, participate, and maintain intra-generational relationships, which facilitates conversations and exchanges of ideas, besides new learning experiences.

Keywords. Aging. Social interaction. Education.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y SITUACIÓN DE SALUD DE ANCIANOS EN UNIVERSIDAD ABIERTA Y TERCERA EDAD

Resumen. Los temas relativos al proceso de envejecimiento alcanzan diversos aspectos y, sin duda, justifican los innumerables estudios e investigaciones científicas que surgieron en esa área en el escenario actual. Con el objetivo de describir el perfil sociodemográfico y la salud autorreferida de los ancianos participantes del taller salud y calidad de vida realizado en la Universidad abierta a la tercera edad de la UNEB/ Alagoinhas, participaron del estudio, a través de entrevista estructurada, 20 ancianos de los 22 participantes del taller, con el criterio de que tuvieran más de 60 años. Se constató la prevalencia de mujeres con edades entre 60 y 65 años y más de 71 años, religiosas (65% católicas), autodeclaradas pardas y negras (85%), con grado de escolaridad distribuido entre cinco y ocho años de estudio (30%), de nueve a doce años de estudio (35%), más de trece años (15%) y apenas 5% sin escolaridad alguna. Referencian tener una salud de buena a óptima (45%), y 55% de regular a mala. Aún así, están activas, interaccionan, participan, mantienen relaciones intergeneracionales, lo que facilita las conversaciones y el intercambio de ideas, además de nuevos aprendizajes.

Palabras clave. Envejecimiento. Interacción social. Educación.

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET SITUATION DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES À L'UNIVERSITÉ OUVERTE AU TROISIÈME ÂGE.

Résumé. Les questions relatives au processus de vieillissement concernent divers aspects et, sans aucun doute, justifient le nombre d'études et de recherches scientifiques qui ont surgi dans ce domaine dans le panorama actuel. Ayant comme objectif la description du profil sociodémographique et de la santé autodéclarée des personnes âgées qui participent à la classe de santé et qualité de vie de l'Université Ouverte au troisième âge de la UNEB/Alagoinhas. À partir d'une entrevue structurée, les participants de l'étude, à savoir 20 personnes âgées sur les 22 participants de la classe, avec comme critère d'exclusion l'âge au-dessous de 60 ans. On a constaté un nombre plus important de femmes âgées entre 60-65 ans et plus de 71 ans, croyantes (65% catholiques), autodéclarées métisses et noires (85%), ayant une scolarité d'environ cinq à huit ans d'études (30%), de neuf à douze ans d'études (35%), plus de treize ans (15%) et seulement 5% sans aucune scolarité. Elles déclarent jouir d'une excellente ou d'une bonne santé (45%), et pour 55% moyenne ou mauvaise. Même comme ça, elles sont actives, interagissent, participent, maintiennent des relations entre générations, ce qui facilite les conversations et les échanges d'idées, en plus de nouveaux apprentissages.

Mots-clé: vieillissement, interaction sociale, éducation.

INTRODUÇÃO

As questões relativas ao processo de envelhecimento abrangem diversos aspectos e, sem dúvidas, os inúmeros estudos e investigações científicas que

surgiram nessa área no cenário atual são justificados, por buscarem melhor compreensão e especificidades da velhice no seu processo e dinâmica de desenvolvimento.

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo, comprovado por numerosos e diversificados estudos (VERAS, 1987; SALGADO, 1990), tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade, muitos e múltiplos desafios, decorrentes desse fenômeno.

O Brasil, há pouco tempo, era considerado um país de jovens, pela maior concentração populacional nas faixas etárias entre 0 e 24 anos. Essa característica de país jovem fez com que as políticas sociais fossem voltadas para o segmento jovem, deixando a população idosa em segundo plano, recebendo reduzida atenção.

No período que compreende os anos de 1975 a 2015, essas perspectivas são modificadas, e o Brasil entra também na chamada “era do envelhecimento”, em que o rápido aumento desse segmento etário de mais idade é observado de modo particular nos países em desenvolvimento. A estimativa traçada por estatísticas demográficas era de que a população idosa brasileira, no ano 2000, atingiria 14 milhões e, em 2025, chegaria a 32 milhões de habitantes idosos. Isso significa que em um espaço temporal de vinte e cinco anos, a diferença corresponderia a quase 128% de crescimento (RAMOS, 2002). Mas é preciso considerar que em 2013, o Brasil divulgava, por meio do IBGE, uma população de idosos já superior a 26

milhões de pessoas, representando 13% da população (BRASIL, 2013), sugerindo elevado ritmo de crescimento.

A Lei N.º 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), no seu Capítulo I, artigo 2º, define que, para efeitos da Lei, idosa é toda pessoa maior de 60 anos de idade. Atualmente, com o aumento da longevidade, novas categorizações são criadas, a exemplo de idoso jovem de 60 a 75 anos; idoso-idoso, de 75 a 85 anos; idoso, de 85 a 100 anos e idoso de elite, acima de 100 anos (ELIOPOULOS, 2005). Dentro dessa dinâmica de crescimento contínuo da longevidade e de mudanças nas demandas sociais, é cada vez mais recomendável a busca, contínua, da adaptação e motivação para um envelhecimento ativo, considerando os múltiplos fatores que envolve, dentre os quais a manutenção da saúde, a capacidade de continuar interagindo e investimentos urbanos.

Veras, já em 1996, expressava-se preocupado com a proposição de ações para a velhice no Brasil, considerando que os recursos para o desenvolvimento de políticas públicas são sempre escassos. Dentro dessa preocupação, o Decreto Lei nº 1948/1996 (BRASIL, 1996)³ recomenda que o Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, incentive a criação de Universidades Abertas à Terceira Idade nas Instituições de Ensino Superior (inciso III do art. 10), como uma proposta de ação para a população idosa. Porém, esta experiência já era desenvolvi-

3 Regulamenta a Lei nº 8.842/94

da no Brasil bem antes desta recomendação, iniciada em 1977, no SESC/SP, com a criação da Escola Aberta para a Terceira Idade.

Na Bahia, na década de noventa do século passado, várias universidades, públicas e particulares, despertaram o interesse para esse segmento idoso, a exemplo da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), a Faculdade Livre da Terceira Idade Olga Mettig (esta, de iniciativa privada), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Atualmente, a UNEB conta com 24 campi de universidade aberta à terceira idade, incluindo um na cidade de Alagoinhas, Bahia.

Por se tratar de um projeto novo, considera-se importante conhecer os indivíduos que integram o programa, especificamente na oficina saúde e qualidade de vida, de interesse deste artigo, no que diz respeito às suas condições sociodemográficas e de saúde, visando facilitar o levantamento de suas necessidades e planejar as ações de saúde previstas neste modelo de programa. Com esse conhecimento será possível aos coordenadores do Projeto pensar na incorporação de outras atividades e planejar um melhor enfoque e estratégia a ser trabalhada.

Este estudo teve como objetivo o conhecimento sociodemográfico e situação de saúde autorreferida pelos integrantes da oficina Saúde e Qualidade de vida, selecionando-se 20 sujeitos para participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada, contemplando perguntas fechadas sobre aspectos sociodemográficos, hábitos de vida e condição de saúde.

O desafio do envelhecimento populacional no Brasil

Todo organismo vivo começa a envelhecer a partir da concepção. O processo de amadurecimento ajuda o indivíduo a atingir o nível de funcionamento celular, orgânico e sistêmico necessário para realizar as etapas da vida. A referência ao tema do envelhecimento exige que se tenha uma definição do que se trata. E vem de Carvalho Filho e Alencar (1994, p. 32) essa definição:

[...] É um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos [...].

É desnecessário repetir que ocorreu, e ainda vem ocorrendo, um importante avanço no envelhecimento populacional nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento, embora o envelhecimento não se caracterize como exclusividade de um país, considerando que o aumento na percentagem de idosos na população é hoje uma realidade mundial (NETTO, 2007).

Essa situação, conhecida como “transição demográfica”, é acompanhada por mudanças na morbi-mortalidade, com aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas e queda das doenças

infecciosas, processo denominado “transição epidemiológica”, resultando em aumento de incapacidades nessa população.

A transição demográfica ocorre de forma rápida e intensa no Brasil, diferente dos países desenvolvidos, onde esse fenômeno ocorreu de forma gradual. A rapidez com que o processo ocorre no Brasil fez com que a proporção de pessoas acima de 60 anos mais que dobrasse nos últimos 50 anos, passando de 4% em 1940 para 9% em 2000; em 2014 já representavam 13% da população, e projeções recentes indicam que este segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020 (FARINASSO, 2004; CAMARANO, 2001, IBGE, 2014).

Outro dado importante no envelhecimento populacional é a feminização da velhice. Segundo Camarano (2001), a predominância da mulher em relação ao homem, na população idosa, deve-se a vários fatores, entre eles, a menor exposição a riscos e mais cuidado com a saúde, o que a faz viver mais, em média oito anos.

Sobre as políticas públicas para a velhice

O envelhecimento populacional decorre não apenas do aumento do tempo de vida médio do indivíduo, mas, também, das mudanças na taxa de fecundidade da população, ou seja, há aumento da proporção de pessoas com idade avançada em uma população, ao mesmo tempo em que há diminuição de nascimentos.

[...] é fato consumado o envelhecimento populacional do País, que sucede de maneira rápida, embora pouco se tenha feito em resposta a essa evidência, mesmo diante do alerta silencioso e impotente da própria população idosa (OLIVEIRA, 1999, p. 127).

Motivado por esse panorama, o Brasil vem tentando ajustar e adequar as políticas públicas para atender às demandas da crescente população idosa. A Lei 8.842, promulgada em 1994, “pode ser considerada como o marco inicial nas formulações das estratégias e ações sociais, legais e de saúde para amparo ao idoso” (FARINASSO, 2004, p. 29) embora, segundo Oliveira (1999), a população idosa pouco tenha sido beneficiada, na prática.

A referida Lei, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, constitui a Política Nacional do Idoso – PNI (BRASIL, 1996). Esta, não só constitui o instrumento que regulamenta a política de saúde do segmento idoso da população, como assegura os direitos sociais ao idoso e cria condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (FLORIANO, 2005). De acordo com Gordilho et. al. (2000, p. 51), a PNI objetiva “permitir o envelhecimento saudável, o que significa manter a capacidade funcional, a autonomia e o nível de qualidade de vida o melhor possível”.

A Portaria 1.395/99 com base na PNI reforça esse objetivo, propondo

[...] a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade [...] (BRASIL, 1999)⁴.

Observa-se que as diretrizes da PNI representam uma tradução exemplar das preocupações com a preservação e a reabilitação funcionais, cujas consequências são desafiadoras na qualidade de vida da pessoa idosa e impeditivas de uma velhice saudável.

DISCUTINDO OS RESULTADOS

A amostra estudada provém de uma população de indivíduos com 60 anos e mais de idade que frequentam a oficina saúde e qualidade de vida da Universidade Aberta à Terceira Idade da UNEB. Os sujeitos da pesquisa foram todos do sexo feminino.

Esse resultado corrobora o de outros estudos, que constatam ser a mulher idosa predominante nas diferentes opções de cursos e oficinas nos programas educativos voltados a esse segmento populacional, não

⁴Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política de Saúde do Idoso – PNSI. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.

só no estado da Bahia como em outros estados e até mesmo países, como é o caso da França, em que pesquisas (na França e em São Paulo) revelaram que entre os participantes, cerca de 70% e 86,46%, respectivamente, eram do sexo feminino (PEIXOTO, 1997; TELAROLLI Jr; MACHADO; CARVALHO, 1997).

Devido à maior proporção de mulheres presentes nas ações educativas aqui assinaladas, as discussões para um possível redirecionamento de conteúdo deve incluir a abordagem de gênero, ampliando em muito o conteúdo das oficinas e cursos livres para essa população, incluindo debates em torno da violência contra a mulher, acesso tempestivo à saúde, convivência intergeracional, dentre outras questões de interesse.

Em relação à faixa etária, a maioria se situa entre 60-65 anos e mais de 71 anos, com percentuais de 45%, respectivamente. Esse resultado é um contraponto ao estudo de Barreto (1999) desenvolvido em Pernambuco, que encontrou cerca de 72% dos idosos na faixa de 60 a 69 anos, chamados idosos-jovens. Isso reforça as alterações positivas experimentadas pela velhice nos últimos anos, dando-lhe mais visibilidade.

As idosas deste estudo se autodeclararam pardas (65%), negras (20%) e brancas (15%), acompanhando a tendência do município onde residem, cuja distribuição populacional equivale ao resultado encontrado. Dados da PNAD (IBGE, 2006) dão conta de que 52% da população brasileira residente na zona urbana declaram-se brancas, 7% declaram-se negras, 40% declaram-se pardas, bem diferente dos resultados encontrados na população em estudo. Neri afirma que

[...] em ampla medida, a raça e a etnia com as quais os idosos se identificam são questões subjetivas referenciadas a dados do universo cultural em que estão inseridos. Com a diversidade proveniente da intensa miscigenação que nos caracteriza, esperava-se que as definições de ascendência racial fossem mais variadas e que dissessem mais sobre a etnia e, portanto, sobre valores culturais do que as autodeclarações de raça (NERI, 1991, p. 72).

Em relação à questão religiosa, Neri e Goldstein (1993) afirmam ocupar um lugar de destaque na vida de uma pessoa mais velha, sugerindo forte relação entre religiosidade e bem-estar subjetivo. Na pesquisa aqui analisada, constatou-se que as idosas são católicas (65,0%), evangélicas (25,0%), espíritas (10,0%). Todas afirmaram frequentar igreja. Floriano (2005, p. 79) sugere que “a religiosidade, especialmente quando leva a um aumento do envolvimento interpessoal, parece ser uma importante fonte de satisfação”.

O nível de escolaridade foi outro aspecto observado nesta pesquisa. Os dados indicam que 80% das idosas têm mais de cinco anos de estudos completos, com a seguinte distribuição: 30% de cinco a oito anos de estudo; 35% de nove a doze anos de estudo, 15% mais de treze anos, e apenas 5% sem qualquer escolaridade. Esse resultado também se contrapõe a outros, como o estudo de Floriano (2005), que encontrou 36,5% de analfabetos e 35% com menos de cinco anos

de estudo.

A autopercepção de saúde configura uma compreensão de ótima a boa saúde (45%), regular (45%) e ruim (10%). Estudos como os de Floriano (2005) e Farinasso (2004) encontraram forte associação entre a autopercepção de saúde e as diversas causas de mortalidade. Mesmo as idosas que percebem a própria saúde como regular e ruim continuam ativas, interagindo, frequentando as atividades desenvolvidas na Universidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível o crescimento da população idosa em todo o mundo, e no Brasil especialmente, em ritmo acelerado. Trata-se de fenômeno importante para a sociedade brasileira, pelos desafios que acumula, daí a necessidade de incentivo a mais pesquisa e mais inserção desse sujeito em ações educativas capazes de fortalecer vínculos, compreender os processos e a dinâmica da sociedade, dominar as tecnologias de comunicação, e buscar o autocuidado e o acesso à assistência à saúde de modo a permanecer ativo o maior tempo possível.

Sobreviver bem na velhice é uma conquista. As exigências básicas da vida, como nutrição adequada, segurança e funcionamento normal do corpo e da mente devem ser atendidas com algum sucesso. A capacidade de preencher as exigências “universais” de vida depende de fatores como: capacidade física, mental e condição socioeconômica favorável, além de conhecimento, experiência, habilidade e, naturalmente, desejo e decisão de agir.

REFERÊNCIAS

BARRETO, K. M. L. *Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI/UFPE): um perfil sócio-epidemiológico dos participantes*. Recife, PE. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Aggeu Magalhães. 1999

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, Renato P. (Org.) *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI-UERJ, 1995.

BRASIL. *Lei n. 8.842, 4 de Janeiro de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

_____. *Decreto-lei n° 1.948, de 3 de julho de 1996*. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

_____. *Lei N. 10.741, de 1.º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2009.

_____. *Portaria n° 1395, de 10 de dezembro de 1999*. Dispõe sobre a Política de Saúde do Idoso – PNSI. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. e LEITÃO E MELLO, J. Como vive o idoso brasileiro: In CAMARANO, A. A. (org) *Os novos idosos brasileiros – Muito além dos 60*. Rio de Janeiro, IPEA, 2005.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, EV.; PY, L.; NERY, AL.; CANÇADO, FAX. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In:

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. *Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1994.

ELIOPOULOS, C. *Enfermagem Gerontológica*. Charlotte Eliopoulos: trad. Aparecida Yoshie Yoshitome a Ana Thorell. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FARINASSO, A. L. C. *Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família*. Ribeirão Preto, 2004. Dissertação. Universidade de São Paulo. 2004.

FLORIANO, P. de J. *O Perfil de idosos assistidos por uma equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde de SOUSAS, no município de Campinas-SP*. Campinas. Dissertação. Universidade Estadual de Campinas. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2013. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=290070#>>. Acessado em 12 nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais, 2006. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/população/pesquisa>. Acesso em out. 2014.

MENEZES, A. K. *Repensando significados, através da velhice*. In: JORNADAS. Rio de Janeiro: SBGG-RJ/LIBBS Farmacêutica, 1994.

NERI, Anita L. *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: Unicamp, 1991.

NERI, Anita L. e GOLDSTEIN, Lucilla L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, Anita L. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus, 1993.

OLIVEIRA, F. S. *A implementação do Estatuto do Idoso nas áreas de saúde e educação pela Prefeitura de Ponta Grossa*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas), Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná. 2006.

OLIVEIRA, R. C. *Terceira idade: do repensar dos limites aos sonhos possíveis*. São Paulo: Paulinas, 1999.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, Renato P. (Org.). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UnATI - UERJ, 1997.

RAMOS, Luiz R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS E. V.; NERI A. L., CANÇADO F.A.X; GORZONI M. L., DOLL J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

SALGADO, Marcelo A. *Velhice uma nova questão social*. SESC-CETI: Série Terceira Idade, n. 1. São Paulo, 1990.

TELAROLLI Jr., R.; MACHADO, JCMS.; CARVALHO, F. Educação em saúde na terceira idade: avaliação de um programa de extensão universitária. *Gerontologia*, São Paulo, 1997.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB. *Projeto para implantação da Universidade Aberta à Terceira Idade nos campus da UNEB*. Salvador: UNEB, 2002.

VERAS, Renato P., RAMOS, Luiz Roberto e KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-33, jun.1987.

VERAS, Renato P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1996.

_____. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Col.) et al. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.

Recebido em abril, 2014
Reapresentado em setembro, 2015
Aprovado em janeiro de 2016

A IMPORTÂNCIA DOS CINCO SENTIDOS PARA A MEMÓRIA DOS IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monaliza de Castro Barbosa Santos¹

Pricila Oliveira Araújo²

Milanda dos Santos Silva³

Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro⁴

Resumo. A percepção do mundo, para os seres humanos, se dá por meio dos sentidos sensoriais: audição, tato, paladar, olfato e visão. A união e o estímulo destes facilitam o aprendizado e a percepção do aluno. Com pessoas idosas, esse processo não é diferente, e o declínio ou alterações na função sensorial pode levar a déficits cognitivos que prejudicam a qualidade de vida desse segmento populacional. Diante do exposto, postula-se a aplicação de atividades práticas de caráter lúdico para estimular os cinco sentidos no intuito de exercitar a função neural de pessoas idosas. Este artigo consiste em um relato de experiência sobre atividade lúdica realizada com idosos de uma oficina de memória. Ao fim desta, percebeu-se que o estímulo de cada sentido possibilitou o resgate de memórias e experiências vivenciadas no cotidiano, incentivando os idosos a recordarem imagens,

1 Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana-BA. *E-mail:* <monalizacbs@hotmail.com>

2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Especialista em Gerontologia, Professora Auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana-BA. *E-mail:* <pricilaraujo@yahoo.com.br>

3 Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana-BA. *E-mail:* <milandatongson@hotmail.com>

4 Enfermeira, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana. Feira de Santana-BA. *E-mail:* <amanda_marias@yahoo.com.br>

sons e facilitando a interpretação do cérebro no processo cognitivo. Conclui-se que trabalhar com os sentidos sensoriais é uma estratégia para estimular a memória de pessoas idosas, pois propicia lembranças e recordações vividas, contribui para a capacidade de raciocínio, atenção e percepção, além de melhorar o processo de aprendizagem.

Palavras-chaves. Sentidos sensoriais. Independência. Idosos.

THE IMPORTANCE OF THE FIVE SENSES TO THE MEMORY OF THE ELDERLY: AN EXPERIENCE REPORT

Abstract. The perception of the world, to humans, is through the sensory senses: hearing, touch, taste, smell and sight. The combination and the stimulation of these senses facilitate the student's learning process. Regarding the elderly, this process is no different, and that explains why changes in sensory senses can lead to cognitive deficits which can interfere with the learning ability and can hinder the promotion of quality of life. Thus, it is advocated the application of practical and fun activities to stimulate the five senses in order to exercise the neural function of the elderly. This work consists of an experience report on a recreational activity with elderly in a memory workshop. At the end of the activities with the senses, it was perceived that the stimulus of each sense made possible the recollection of memories and experiences on the daily lives of students, encouraging them to remember images, sounds, facilitating the interpretation of the brain in the cognitive process. Therefore, working with the sensory senses is a strategy to stimulate the memory of the elderly, once it provides memories of lived experiences, enhances the thinking ability, attention and perception, and improves the learning process.

Keywords: Senses; Autonomy; Elderly.

LA IMPORTANCIA DE LOS CINCO SENTIDOS PARA LA MEMORIA DE LAS PERSONAS MAYORES: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Resumen. La percepción del mundo, para el ser humano, se produce por medio de los sentidos sensoriales: vista, tacto, gusto, olfato y la vista. La unión y el estímulo de dichos sentidos facilitan la aprendizaje del educando. Este proceso no es diferente con las personas mayores, y este proceso no es diferente y por lo tanto la disminución o los cambios en la función sensorial puede conducir a déficits cognitivos que deterioran la calidad de vida de esta población. Teniendo en cuenta lo anterior, se postula la aplicación del carácter lúdico de las actividades prácticas para estimular los cinco sentidos para el ejercicio de la función neural de ancianos. Este trabajo consiste en un relato de la experiencia de caracteres de extensión en una actividad de juego llevado a cabo con las personas mayores en un taller de memoria. Después de esto, se dio cuenta de que el estímulo de todas las direcciones posibles del rescate de los recuerdos y las experiencias en la vida cotidiana de los estudiantes, animándoles a recordar imágenes y sonidos, entre otros, y facilitar la interpretación del cerebro en el proceso cognitivo. Así, el trabajo con los sentidos sensoriales es una estrategia para estimular la memoria de esa población antes mencionada, ya que permite a los recuerdos y recuerdos vívidos, que contribuye a la capacidad de pensamiento, la atención y la percepción, y mejorar el proceso de aprendizaje.

Palabras-clave. Sentidos sensoriales. Independencia. Ancianos.

L' IMPORTANCE DES CINQ SENS POUR LA MÉMOIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE: RÉCIT D'UNE EXPÉRIENCE

Résumé. La perception du monde, chez les êtres humains, se produit à travers les sens: l'ouïe, le toucher, le goût, l'odorat et la vue. L'ensemble et la stimulation de ces sens facilitent le processus d'apprentissage chez l'apprenant. Chez les personnes âgées ce processus n'est pas différent, des changements dans les sens peuvent entraîner des déficits cognitifs qui peuvent à leur tour interférer dans la capacité d'apprentissage portant préjudice à la qualité de vie. Face à cela, sont proposées des activités pratiques et ludiques pour stimuler les cinq sens dans le but de faire travailler la fonction neuronale chez les personnes âgées. Ce travail consiste en un relevé des expériences sur une activité ludique avec des personnes âgées d'un atelier de mémoire. À la fin des activités avec les sens, il a été possible d'observer que la stimulation de chaque sens a permis la récupération de mémoires et d'expériences vécues dans le quotidien des élèves en les stimulant à se souvenir d'images et de sons, et en facilitant l'interprétation du cerveau dans le processus cognitif. Pour cette raison, travailler avec les sens est une stratégie pour stimuler la mémoire chez les personnes âgées une fois qu'elle favorise les souvenirs et les situations vécues, contribuant à la capacité de réflexion, d'attention et de perception en plus d'améliorer le processus d'apprentissage.

Mots-clés: Sens; Indépendance; Personnes.

INTRODUÇÃO

A percepção que os seres humanos têm do mundo ao seu redor ocorre através dos sentidos sensoriais,

também conhecidos como os cinco sentidos do corpo humano, que são: visão, tato, olfato, paladar e audição (GOLDSCHMIDT et al., 2008).

A interação com o mundo e o conhecimento deste ocorre através da união e do estímulo a esses sentidos que facilitam o aprendizado e a percepção da pessoa, pois o cérebro humano é o responsável por receber e interpretar as sensações captadas pelos órgãos, transformando-as em informações que são essenciais para o corpo (GOLDSCHMIDT et al., 2008).

Com os idosos esse processo não é diferente, e por isso, o declínio ou alterações na função sensorial podem levar a déficits cognitivos que prejudicam a qualidade de vida dessa população (GIRO; PAÚL, 2013).

O processo de envelhecimento gera mudanças biológicas, psicológicas e sociais, podendo resultar em alterações fisiológicas ou patológicas. Uma dessas modificações é na cognição que, segundo Moraes (2008), permite que a pessoa mantenha a capacidade de resolver problemas do cotidiano, tome decisões, processe informações e reaja a tudo que acontece nela mesma e em seu redor. Assim, a alteração na capacidade cognitiva pode ocasionar lentificação na memória, o que é normal, mas que pode alterar a qualidade de vida do idoso em vários aspectos e levar à perda da autoestima, isolamento social, autoabandono, entre outros.

A cognição envolve a memória, que é o armazenamento de informações, que se desdobra em: a) função executiva que compreende o planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas; b) linguagem, significa a compreensão e expressão da

linguagem oral e escrita; c) praxia, que é a execução de um ato motor; d) gnosia, ligado ao reconhecimento de estímulos visuais e táteis; e a função e) visuo-espacial, que permite a localização espacial em relação a objetos (MORAES, 2008). Todas essas funções são estimuladas inicialmente através dos sentidos sensoriais, tato, paladar, olfato, visão e audição, permitindo que a pessoa idosa perceba e sinta os estímulos do mundo ao seu redor.

Nessa perspectiva, a realização de atividades práticas, de caráter lúdico, pode estimular os cinco sentidos da pessoa idosa no intuito de exercitar a função neural. Pode parecer apenas brincadeira para os participantes, mas no processo de aprendizagem as ações lúdicas têm um propósito maior de elevar a percepção cognitiva, transformando o concreto em abstrato (GOLDSCHMIDT et al., 2008). Quanto maior a automotivação, melhor o desempenho dos idosos (ALVAREZ, 2005).

Além disso, esse tipo de atividade proporciona momentos de alegria e descontração para os idosos e evita o estresse, já que sorrir tem propriedades calmantes, proporciona uma melhor oxigenação para todos os órgãos do corpo, inclusive o cérebro. Assim, favorece diretamente a capacidade cognitiva do idoso e, conseqüentemente, melhora e/ou mantém a sua qualidade de vida.

Em boas condições de saúde, os idosos que estão engajados em atividades que promovam as suas potencialidades podem apresentar mudanças no campo cognitivo (OLIVEIRA, 2012). Por isso, a cognição da pessoa idosa precisa ser exercitada, e os órgãos do

sentido, através das ações lúdicas, podem potencializar suas funções, minimizando as perdas e promovendo saúde.

Por isso, este trabalho traz o relato de uma atividade que visa estimular os cinco sentidos das pessoas idosas, através de ações lúdicas e se justifica pela necessidade de se divulgar experiências exitosas que podem ser reproduzidas em outros cenários. Objetivava relatar a importância dos sentidos sensoriais para o estímulo da capacidade cognitiva do idoso.

Trata-se de experiência desenvolvida por docentes de uma Oficina de Memória⁵ oferecida pelo programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, realizada com um grupo de doze idosos, em encontros semanais de duas horas, sob orientação de enfermeira tutora, especialista em Gerontologia. Antes de iniciar essa atividade dos cinco sentidos com os idosos, pesquisas bibliográficas foram realizadas para o embasamento teórico, através da leitura de artigos encontrados em bases eletrônicas de dados, como Scielo.

As oficinas aconteceram em cinco encontros, quando se trabalhou um sentido em cada encontro, a princípio conceituando-o e explicando sua importância para a manutenção da memória, através de uma lista de aromas, imagens, sabores, sons e uso de argila.

O roteiro para a realização dessa atividade foi adaptado do trabalho de Cecília Souza de Oliveira e outros, intitulado Oficina de Educação, Memória,

5 Graduandas do curso de Enfermagem da UEFES.

Esquecimento e Jogos Lúdicos para a Terceira Idade (OLIVEIRA et al., 2012).

Cada encontro foi programado e desenvolvido da seguinte maneira:

No primeiro encontro foi trabalhada a Visão, iniciando-se por sua conceituação. Foram apresentadas em seguida cerca de 30 figuras/imagens com o objetivo de trabalhar a memória remota e a memória recente. Após a apresentação de cada imagem, foi passada alguma informação sobre a imagem, para ser resgatada posteriormente, facilitando o reconhecimento visual.

No segundo encontro trabalhou-se o tato, partindo-se da sua conceituação. Seguiu-se a estimulação sensorial por meio do manuseio de argila, para a produção de estímulos táteis, acrescentando-se a troca de experiências mnemônicas vividas, por exemplo, na infância. Os idosos participantes da oficina receberam a orientação para manusear a argila.

No terceiro a audição foi o foco, discutindo-se em primeiro lugar o seu conceito. Em seguida a atividade foi realizada valendo-se de 30 sons comuns ao cotidiano dos idosos como, por exemplo, barulho de torneira aberta, latido de cachorro e canto de pássaro. Ao serem apresentados esses sons, um de cada vez, os idosos participantes da oficina receberam a orientação de escrever, em silêncio, a que se referia o som que acabara de ouvir e, ao final, foram arguidos sobre cada ruído que escutaram.

O quarto encontro foi trabalhado o paladar, traduzindo-se de imediato o seu significado. Em seguida a atividade foi realizada valendo-se de 10 sabores co-

muns ao paladar dos idosos como, por exemplo, suco de uva, limão e banana. De olhos vendados, sabores foram apresentados, um de cada vez. Posteriormente retiradas as vendas, orientou-se a que escrevessem, em silêncio, a que se referia o sabor que acabaram de sentir.

O olfato foi foco do último encontro, desenvolvendo-se a priori a mesma estratégia de descrever o seu significado. Em seguida a atividade foi realizada valendo-se de 10 odores comuns ao olfato dos idosos participantes da oficina como, por exemplo, canela, cravo e alho. Os idosos foram vendados e posteriormente lhes foram apresentados esses odores, um de cada vez. Em seguida desvendados, os idosos foram orientados a escreverem, em silêncio, a que se referia o odor que acabaram de sentir.

Ao final do quinto encontro foi recapitulada a importância dos sentidos sensoriais para interação com o mundo e a capacidade de aprendizagem, seguido de dicas para preservar a memória como: prestar mais atenção aos fatos; utilizar uma agenda para anotações dos fatos recentes; realização de atividade intelectual como leitura, jogos de memória, palavras cruzadas e jogos de estratégia que auxiliam na manutenção da memória. Todas as orientações tiveram o objetivo de estimular os sentidos visão, tato, olfato, audição e paladar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a atividade dos cinco sentidos percebeu-se a facilidade com que os idosos apresentaram-se

ante a interpretação dos estímulos que lhes foram oferecidos, tendo ocorrido apenas dois erros por pessoa, a cada uma das listas que foi passada no caso dos sentidos olfato, paladar e audição. No sentido da visão, os participantes da oficina também demonstraram habilidade no resgate de nomes e informações fornecidas sobre as imagens e figuras. Ao estimular o tato, os idosos demonstraram destreza no manuseio da argila e no resgate de formas, objetos e animais, reproduzindo ao final desse encontro belas esculturas.

Ao término dessa atividade foi possível observar que toda a turma conseguiu reconhecer a maior parte dos itens listados em cada encontro. O estímulo de cada sentido possibilitou o resgate de memórias e experiências vivenciadas no cotidiano dos idosos, estimulando-os a recordar imagens e sons, entre outros, facilitando a interpretação do cérebro no processo cognitivo.

Os resultados obtidos a partir da realização dessa atividade apresentaram semelhança com o que foi visto na literatura sobre o lúdico e os sentidos sensoriais, de que os sentidos são essenciais para o processo de aprendizagem e a interação com o mundo e que as atividades de caráter lúdico contribuem para a percepção cognitiva. A atenção e a motivação interagem com os sistemas sensoriais e motor, sendo fundamentais para o nosso entendimento de aprendizagem e armazenamento de memória (GOLDSCHMIDT et al., 2008).

Vale salientar que os idosos demonstraram interesse e motivação na realização da atividade, através

do relato dos mesmos e da frequência nos encontros, já que a atividade foi iniciada e concluída com doze alunos durante os cinco encontros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades de caráter lúdico em oficinas de memória desempenham um importante papel no estímulo da cognição de idosos, que é fundamental para a manutenção do autocuidado, autonomia e independência. O lúdico torna o ambiente agradável e descontraído, propicia lembranças e recordações vividas, além de contribuir para a capacidade de raciocínio, atenção, percepção e melhora do processo de aprendizagem.

Assim, a experiência com a atividade dos cinco sentidos sensoriais realizada na Oficina de Memória possibilitou um espaço privilegiado para se trabalhar a cognição dos idosos, uma vez que houve discussão sobre dificuldades e facilidades para a memorização e na medida em que ocorreu o estímulo do sentido sensorial, a capacidade cognitiva foi exercitada com respeito e bom humor. Além disso, garantiu diversão, sociabilidade, troca de experiência, vivências e autoconhecimento.

Importante ressaltar que as funções cognitivas dependem da atenção que, por sua vez, é influenciada pela motivação de onde o ser humano extrai o prazer ou a força de vontade em fazer determinada ação. Assim, consideramos crucial a execução de atividades lúdicas com os idosos que estimulem as funções cognitivas dos mesmos, auxiliando na manutenção da sua autonomia e independência.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Ana. *Deu Branco: um Guia para Desenvolver o Potencial de Sua Memória*. Editora Record, 2005.

GIRO, A.; PAÚL. C. Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. *Actas de Gerontologia*, UNIFAI, Porto. v. 1, n. 1, p. 1-10. 2013. Disponível em: < <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/51>>. Acesso em: 31 Ago. 2015

GOLDSCHMIDT, A.I. et al. A importância do lúdico e dos sentidos sensoriais humanos na aprendizagem do meio ambiente. XIII Seminário Internacional de Educação. Jul. 2008.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Org.). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 2008. p. 151-176. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_594481029.pdf>. Acesso em: 2 Set. 2015.

OLIVEIRA, Cecília Souza et al. Oficina de Educação, Memória, Esquecimento e Jogos Lúdicos para a Terceira Idade. *Rev. Ciênc. Ext.* v. 8, n.1, p.8. 2012.

OLIVEIRA, L. C. Q. *Oficina de memória como recurso terapêutico de terapia ocupacional na faculdade da terceira idade*. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2009.

SANTOS, I. B. *Oficinas de estimulação cognitiva em idosos analfabetos com transtorno cognitivo leve*. Brasília; 2010. Trabalho de conclusão de curso de Mestre em Gerontologia – Universidade Católica de Brasília, 2010.

Recebido em abril de 2014

Reapresentado em setembro de 2015

Aprovado em novembro de 2015



IMPrensa UNIVERSITÁRIA

IMPRESSO NA GRÁFICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ - ILHÉUS-BA