

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM SAÚDE E
GESTÃO DO TRABALHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE

MARISTELA ASSUMPÇÃO DE AZEVEDO

VELHICE: UM ESTUDO DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA EM PERIÓDICOS BRASILEIROS

Itajaí/SC

Julho de 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARISTELA ASSUMPÇÃO DE AZEVEDO

**VELHICE: UM ESTUDO DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA EM PERIÓDICOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Saúde e Gestão do Trabalho – Mestrado Profissionalizante, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade do Vale do Itajaí.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Yolanda Flores e Silva

Itajaí/SC

Julho de 2007

© *Copyright* 2007 – Maristela Assumpção de Azevedo.

Ficha Catalográfica

A994v Azevedo, Maristela Assumpção de.
 Velhice: um estudo da produção científica em periódicos brasileiros. /
 Maristela Assumpção de Azevedo — Itajaí (SC): UNIVALI/ Programa de
 Mestrado Profissionalizante, Curso de Pós-Graduação *Strictu sensu* em Saúde
 e Gestão do Trabalho, 2007.
 121 p. il.

 Inclui bibliografia.
 Possui Quadros e Figuras.
 Dissertação (Mestrado).

 1. Velhice. 2. Produção científica. 3. Saúde - Idoso. I. Autor. II.
 Dissertação (Mestrado).

CDD 19ª ed. – 618.97

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

MARISTELA ASSUMPÇÃO DE AZEVEDO

VELHICE: UM ESTUDO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM PERIÓDICOS BRASILEIROS

Dissertação submetida à banca examinadora para obtenção do título de Mestre no Curso de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Saúde e Gestão do Trabalho - Programa de Mestrado Profissionalizante.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: A Família no Ciclo Vital

Itajaí/SC, julho de 2007.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Yolanda Flores e Silva
UNIVALI – Itajaí
Orientadora

Profª Drª Lúcia Hisako Takase Gonçalves
UFSC - Florianópolis
Membro

Profª Drª Juliana Vieira de Araújo Sandri
UNIVALI – Itajaí
Membro

DEDICATÓRIA

A velhice

Por oposição aos gerontologistas, que analisam a velhice como um processo biológico, me interesso pela velhice como um acontecimento estético. A metáfora mais bonita que conheço para a velhice é o crepúsculo, o pôr-do-sol. O crepúsculo é lindo. Faz pensar. No crepúsculo tomamos consciência da rapidez do tempo... No crepúsculo, sentimos o tempo fluir rapidamente. Por isso muitas pessoas têm medo dele. A famosa happy-hour foi inventada como terapia para a tristeza do crepúsculo...

A juventude eterna, que é o padrão estético dominante em nossa sociedade, pertence à estética das manhãs. As manhãs têm uma beleza única, que lhes é própria. Mas o crepúsculo tem um outro tipo de beleza, totalmente diferente da beleza das manhãs. A beleza do crepúsculo é tranqüila, silenciosa-talvez solitária. No crepúsculo tomamos consciência do tempo. Nas manhãs, o céu é como um mar azul imóvel. Nos crepúsculos, as cores se põem em movimento: o azul vira verde, o verde vira amarelo, o amarelo vira abóbora, o abóbora vira vermelho, o vermelho vira roxo – tudo rapidamente. Ao sentir a passagem do tempo, nós nos apercebemos de que é preciso viver o momento intensamente. Tempus fugit – o tempo foge – portanto, carpe diem – colha o dia. No crepúsculo, sabemos que a noite está chegando. Na velhice sabemos que a morte está chegando. E isso nos torna mais sábios e nos faz degustar cada momento como uma alegria única. Quem sabe que está vivendo a despedida olha para a vida com olhos mais ternos... (Rubem Alves, 2003)

AGRADECIMENTOS

Aos pais

Aos filhos

Ao amor

A família

Aos amigos

Aos colegas

Aos professores

Aos alunos

Aos idosos...

Todos razões de ser dessa caminhada...

Penso que simples palavras não consigam expressar o quanto eu vos agradeço!

Pelas idéias

Pelas sugestões

Pelas palavras

Pelos apoios

Pelos beijos

Por tudo mais

Pelo sim e pelo não

O MEU ABRAÇO SINCERO E AFETUOSO!

AZEVEDO, Maristela Assumpção de. **Velhice**: um estudo da produção científica em periódicos brasileiros. 2007. 122f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Mestrado Profissionalizante, Curso de Pós-Graduação *Strictu sensu* em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

Área do conhecimento: Saúde

Subárea do conhecimento: Saúde Coletiva

Orientadora: Dra. Yolanda Flores e Silva

RESUMO

Para esse estudo realizamos uma Pesquisa Qualitativa na perspectiva exploratória, sendo utilizado o processo metodológico, para registro e análise dos dados baseados no modelo de Cooperação Textual de Umberto Eco. Esta proposta teve por objetivo conhecer a produção científica sobre velhice no Brasil, considerando nos trabalhos pesquisados as necessidades sócio-culturais e espirituais de idosos e também a condição em que vivem os mesmos com suas famílias/cuidadores. Para o desenvolvimento deste trabalho, iniciou-se a busca direta na base de dados brasileira do Scientific Eletronic Library Online-SciELO, com as palavras-chaves idoso e *envelhecimento humano*. Dentro dessa perspectiva os trabalhos que contemplavam os objetivos desse estudo foram consultados nos 59 periódicos referentes a Ciências da Saúde, publicados na referida base de dados onde se encontrou um total de 489 artigos com essa especificação. Desses artigos, 129 atendiam os critérios pré-estabelecidos para a seleção do universo a ser pesquisado e desta forma foram organizados para posterior leitura. Desses artigos foi feita uma leitura de todos e um foi escolhido aleatoriamente para análise qualitativa, baseada no modelo de Cooperação Textual de Eco, adaptado por Silva. A revisão bibliográfica compreendeu um período de 10 anos, de 1996 a 2006. No estudo os trabalhos selecionados foram agrupados em 4 eixos temáticos: 1) aspectos epidemiológicos do envelhecimento humano; 2) aspectos fisiológicos do envelhecimento humano; 3) apoio social ao idoso e família; 4) qualidade de vida do idoso. O resultado dessa análise revelou que houve um aumento quantitativo e qualitativo de trabalhos na área de saúde do idoso, mas que isso não significou uma maior efetividade nas ações de promoção a saúde dessa população. Evidenciamos que muitos estudos são apenas de bases teóricas e narrativas de experiências dos profissionais, levantamento de dados e alguns com caráter bibliográfico. Assim, para melhor divulgar esta pesquisa elaboramos um site, onde estão disponíveis as publicações analisadas e que abordam o envelhecimento humano e suas implicações para saúde dos idosos de uma forma global. Consideramos a publicação do site uma importante ferramenta de apoio para divulgação, debates, pesquisa e publicação de estudos sobre a saúde do idoso, e esta publicação pode ainda oferecer subsídios aos profissionais, aos cuidadores leigos ou familiares que buscam na literatura, o suporte e o embasamento necessários a sua prática diária. O estudo revelou que houve um aumento significativo de publicações na área, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, mas que infelizmente não se traduz em melhores cuidados para os idosos, em parte pelo desconhecimento dessa literatura por quem presta cuidados aos idosos e em parte por ela permanecer mais a nível acadêmico. Importante ressaltar que os cuidadores ou familiares leigos, que estejam envolvidos com os idosos, poderão ser auxiliados na ampliação de conhecimentos e práticas mais humanizadas, com vistas ao atendimento dessa população de uma forma diferenciada e especial.

PALAVRAS-CHAVE: Velhice. Produção científica. Saúde.

Abstract

For this study, we carried out Qualitative Research of an exploratory nature, using the methodological process to register and analyze the data, based on Umberto Eco's Textual Cooperation. This proposal sought to investigate scientific works on old age in Brazil, considering, in the studies investigated, the social, cultural and spiritual needs of the elderly, and their living conditions with their families or carers. This study began with a search of the Brazilian database of the Scientific Electronic Library Online-SciELO, using the key words *idoso* (elderly) and *envelhecimento humano* (human ageing). Within this perspective, studies sharing the same objectives as this study were consulted, in 59 journals relating to Health Sciences, published in the above-mentioned database, and a total of 489 articles were found with this specification. From these articles, 129 matched the pre-established criteria for selection of the study sample, and these were organized for subsequent reading. The articles were read, and one was randomly selected for qualitative analysis, based on Eco's model of Textual Cooperation, adapted by Silva. The bibliographical review covered a 10-year period, from 1996 to 2006. In the study, the selected works were grouped into four main themes: 1) epidemiologic aspects of human ageing; 2) physiological aspects of human ageing; 3) social support for the elderly and their families; 4) quality of life of the elderly. The result of this analysis revealed that there was a quantitative and qualitative increase in works in the area of health of the elderly, but this does not necessarily mean greater effectiveness of actions to promote health among this population. We demonstrated that many of the studies are purely theoretical, or mere narratives of professionals' experiences, investigations of the data, or works of a bibliographical nature. Therefore, to better publicize this research, we designed a website, making available the publications analyzed, which address in an inclusive way, human ageing or its implications for health of the elderly. We considered the publication of the website to be an important tool for publicizing, debates, research and the publication of studies on health of the elderly, and this publication can also offer support to professionals, carers - both within and outside the family - who are looking to the literature for support and the necessary bases for their daily practice. The study revealed that there was a significant increase in publications in the area, both quantitatively and qualitatively, but that unfortunately this is not translated into better care to the elderly, partly due to a lack of knowledge of this literature on the part of caregivers of the elderly, and partly because the literature is of an academic nature. It is important to emphasize that carers – whether within or outside the family – who are caring for elderly persons, can receive help in increasing their knowledge and implementing more humanized practices, in order to ensure that this population receives differentiated and special care.

KEY WORDS: Elderly, Scientific Production, Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de texto.....	54
Figura 2 - Dicionário de base.....	54
Figura 3 - Estruturas discursivas.....	56
Figura 4 – Gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais.....	57
Figura 5 – Leitor modelo.....	57
Figura 6 - Dicionário de base.....	59
Figura 7 – Estruturas discursivas.....	60
Figura 8 – Gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais.....	61
Figura 9 - Leitor-modelo.....	61
Figura 10 - Tipos de texto.....	63
Figura 11 – Indicadores de qualidade de vida na velhice.....	64
Figura 12 - Dicionário de base.....	65
Figura 13 - Estruturas discursivas e os autores.....	66
Figura 14 - Gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais.....	67
Figura 15 - Tipos de texto.....	67
Figura 16 - Leitor modelo.....	68
Figura 17 – Importância do apoio público ao idoso.....	69
Figura 18 - Estruturas discursivas.....	71
Figura 19 - Dicionário de base.....	72
Figura 20 - Gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais.....	73
Figura 21 - Tipos de texto.....	74
Figura 22 - Leitor-modelo.....	74
Figura 23 - diagrama da base de dados.....	75
Figura 24 – Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 1.....	76
Figura 25 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 2.....	77
Figura 26 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 3.....	77
Figura 27 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 4.....	78
Figura 28 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 5.....	78
Figura 29 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 6.....	79
Figura 30 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 7.....	79
Figura 31 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 8.....	80

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Bireme	- Centro Latino – Americano e do Caribe
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FAPESP	- Fundação de Apoio a Pesquisa no Estado de São Paulo
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	- Organização Mundial da Saúde
Pnad	- Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PUC-RS	- Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SBG	- Sociedade Brasileira de Geriatria
SBGG	- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SciELO	- Scientific Eletronic Library Online

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	3
AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO.....	5
Abstract	6
LISTA DE FIGURAS.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Algumas considerações sobre o envelhecimento humano.....	11
1.2 Justificativa do estudo.....	13
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
3.1 Tipo de pesquisa.....	18
3.2 Universo do estudo.....	19
3.3 Registro e análise dos dados.....	20
3.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	22
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
4.1 Envelhecimento humano.....	23
4.2 Transição epidemiológica.....	26
4.3 Idosos no Brasil.....	29
4.4 Estatuto do idoso.....	37
4.5 O SUS e a assistência ao idoso.....	38
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	47
5.1 A produção científica sobre “velhice” no Brasil.....	47
5.1.1 Aspectos fisiológicos do envelhecimento humano.....	53
5.1.2 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento.....	58
5.1.3 Qualidade de vida do idoso.....	63
5.1.4 Apoio social ao idoso e família.....	68
5.1.5 A construção do site.....	75
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	86

<u>APÊNDICE A - REFERÊNCIAS ANALISADAS.....</u>	<u>89</u>
<u>APÊNDICE B - EXEMPLO DE UMA ANÁLISE PARCIAL SEGUNDO ECO.....</u>	<u>100</u>
<u>ANEXO A – EXEMPLO DE UM ARTIGO ANALISADO.....</u>	<u>113</u>

1 INTRODUÇÃO

1.1 Algumas considerações sobre o envelhecimento humano

O presente estudo surge a partir de questionamentos que venho realizando sobre o fenômeno do envelhecimento em nível mundial nos últimos anos. Esta constatação nasce das leituras que necessito realizar em função de minha vivência profissional com adultos crônicos, na assistência direta a idosos e nas atividades de docência na disciplina “saúde do adulto e do idoso” que ministro no curso de graduação em Enfermagem na Universidade do Vale do Itajaí (campus Biguaçu).

Assim, na expectativa de ampliar conhecimentos e obter respostas para algumas questões importantes sobre o envelhecimento, e as necessidades de pessoas que, neste período da vida, vivem em situação de asilamento em instituições privadas ou públicas, é que senti a importância de refletir sobre a produção científica desta temática, que hoje é fundamental para pessoas que, como eu, utilizam-se destes textos como acervo direto nos momentos de dúvidas.

Considerando que, neste momento, atuo como docente na disciplina de Saúde do Adulto e Idoso, toda informação possível sobre um atendimento mais humanizado é imprescindível, seja como fonte de informação para minhas aulas ou como dado para elaborar uma assistência mais especializada aos idosos.

Conforme Neri (2005, p. 68) o envelhecimento definido em termos biológicos, compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esses processos são de natureza interacional, iniciam-se em diferentes épocas e ritmos e acarretam resultados distintos para as diversas partes e funções do organismo.

A partir desta perspectiva, é que vejo a importância dos estudos sobre o envelhecimento humano que, nos últimos anos, vem crescendo do ponto de vista quantitativo e qualitativo, com abordagens diversas que vão desde a questão da qualidade de vida, o apoio a familiares ou pessoas que cuidam de idosos portadores de doenças crônicas, o apoio aos idosos institucionalizados ou asilados e outros temas de grande relevância na área.

Estes trabalhos, ainda que considerem seus diferentes enfoques, têm em comum alguns pontos, e entre eles está posto que, no Brasil, não diferentemente de outros países, há uma grande preocupação com o envelhecimento da população institucionalizada e a forma como vai ser enfrentada essa questão pela sociedade e pelos governos.

Veras (2003, p. 700), ao tratar sobre velhice afirma ser “o envelhecimento populacional, um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Inicialmente, este fenômeno ocorreu em países desenvolvidos, mas, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada”.

De acordo, ainda, com Veras (2003, p. 706), o Brasil é um país em que a população “envelhece a passos largos e as alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis”.

No país, a redução da taxa de fecundidade e de mortalidade, desenhou uma nova composição do quadro populacional brasileiro, com o acréscimo de um grande contingente de pessoas acima de 60 anos ou mais, trazendo com isso outros grandes debates para a atualidade, alguns já elegendo como temáticas principais relacionadas aos idosos: doenças crônicas, autonomia, qualidade de vida, dependência, instituições asilares ou abrigos.

Nesta dinâmica mundial e nacional, que envolve o envelhecimento humano, deve-se considerar, também, outros elementos importantes, tais como a transição epidemiológica, que segundo Frenk (apud ALVAREZ; GONÇALVES; STEVENSON, 1997, p. 35) “representa mudança em longo prazo nos padrões de morte, enfermidade e invalidez de uma população específica e com um perfil dominante... e tais mudanças geralmente ocorrem, juntamente com transformações demográficas, sociais e econômicas mais amplas”.

As mudanças epidemiológicas, evidentemente, também ocorrem em nosso país, tendo como uma de suas características mais marcantes a velocidade com que as mesmas ocorrem, em um modelo econômico com acentuadas diferenças sociais. Dentro dessa perspectiva, os idosos, em sua grande maioria, não vêm contempladas as suas necessidades, relativas, principalmente, à problemática da falta de serviços de saúde adaptados e uma educação pública voltada para esse segmento da população.

Isto significa que nossos idosos tendem a ter dificuldades para manter um padrão de vida semelhante ao que tinham antes da aposentadoria, com pensões que não são suficientes para a compra de medicamentos e serviços de saúde, gastos com alimentos adequados, moradia e lazer. Considerando esta realidade, o idoso, por sua condição de maior vulnerabilidade, seja ela física, psicológica, econômica ou social, sofre com recursos públicos insuficientes, com a falta do apoio à família e com o despreparo dos cuidadores ou dos profissionais para atendê-los de forma digna e competente.

Segundo Ramos (2002, p. 72) alteram-se com isso, as estruturas de trabalho e de organização da família, com a mulher sendo progressivamente incorporada à força de trabalho, e sendo obrigada a delegar funções de cuidados de casa e familiares sem que haja

uma estrutura de apoio social que facilite esse processo. Na verdade a expectativa de vida do brasileiro aumentou quase 25 anos nestes últimos 50 anos, até o último censo de 2000.

Portanto, almejar o envelhecimento com qualidade de vida e independência, mantendo-se o idoso funcionalmente e socialmente engajado na comunidade e em sua família, permanece uma luta da qual a sociedade como um todo tem o dever de buscar.

1.2 Justificativa do estudo

O envelhecimento merece dos profissionais da saúde e áreas afins, uma consideração especial, por apresentar na maioria das vezes uma vulnerabilidade maior e por ser uma etapa da vida capaz de gerar debates e controvérsias. Isto se justifica porque faz parte do desejo de nossa população chegar à velhice, vencer as doenças e, inclusive usufruir o que se poderia chamar de liberdade de pensar e fazer o que sempre quis, mas percebemos que esta não é uma realidade comum a todas as pessoas. O envelhecer pode ser considerado uma fase da vida que se apresenta de forma e maneiras diversas, pois uma gama de transformações e variados aspectos de natureza social, cultural, econômica, espiritual e psicológica estão envolvidos nesta questão.

O próprio conceito de envelhecimento não é único, seja do ponto de vista lingüístico ou não. No dizer de Litvoc e Brito (2004, p. 6) “a existência de numerosos conceitos e de mecanismos propostos para explicar o fenômeno deixa clara a dificuldade de aceitar em sua plenitude qualquer das numerosas definições, pois todas estão longe de vislumbrar os intrincados caminhos que permeiam o processo”.

Ao pensar em um conceito que possa ser utilizado na saúde, pode-se destacar a necessidade de elaborá-lo a partir da identificação de várias mudanças que ocorrem nesta etapa da vida, envolvendo aspectos relativos à autonomia, à afetividade, às atividades cognitivas, bem como, também às alterações orgânicas, quando o corpo, muitas vezes, não corresponde, em função da perda da musculatura, da diminuição da massa óssea e outras funções orgânicas importantes. Estes aspectos, quando estão envolvidos, vão ao longo dos anos, causando um impacto significativo e importante na vida dos idosos.

Segundo Birren e Bengston (apud NERI, 1995, p. 27):

[...] o envelhecimento é uma propriedade exclusiva dos organismos vivos: em seus processos de desgaste e degradação, os seres inorgânicos não são afetados por fatores intrínsecos e organizados de mudança, mas para os seres humanos, o envelhecimento compreende processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual. Iniciando-se em diferentes épocas para as diversas partes e funções do organismo, e ocorrendo em ritmo e velocidade diferentes para o mesmo

ou diferentes indivíduos, esses processos implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência.

Conforme Guimarães (1999, p. 96) “envelhecer não significa adoecer. A maturidade e a velhice não constituem sinônimos de degradação ou desespero”. Pode-se dizer que, algumas vezes, os próprios idosos têm atitudes preconcebidas ao longo de sua existência e a sociedade reforça as mesmas com os estereótipos criados em torno do envelhecimento, caracterizando-se esta fase por ser de medos e apreensões pelas perdas afetivas e/ou de sua autonomia.

Conforme Papaléo Netto (2002, p. 4) mesmo que se admita o papel hostil da sociedade contemporânea para com os idosos, não é possível desconhecer que estes também têm uma parcela ponderável de responsabilidade por essa situação. Ocorre muitas vezes uma dificuldade de adaptação do idoso ao meio em que vive, causando conflitos, principalmente com os mais jovens.

Mesmo assim, pode-se dizer que o idoso, de alguns anos para cá, vem se preparando mais para essa etapa de sua vida, partindo da perspectiva de que em parte também vai depender dele o “desenho” do seu futuro e do tipo de vida que irá ou poderá usufruir e conceber.

Como bem afirma Guimarães (1999, p. 100) “o importante não é apenas acrescentar anos à vida, mas dar cada vez mais vida aos anos vividos e que tem mais significado saber como a pessoa vive, qual o seu desempenho funcional e social, do que simplesmente a soma dos anos vividos”. Os idosos reconhecem a importância do que Guimarães afirma, mas, apenas alguns poucos conseguem descobrir as suas próprias energias e capacidades, modificando assim aquela máxima de que são pessoas que já não têm capacidade para nada, apenas devem esperar a morte.

Para Neri (1995, p. 34) “velhice bem sucedida é assim uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece, e as circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário”. Finalmente, uma velhice bem-sucedida preserva o potencial individual para o desenvolvimento, respeitados os limites da plasticidade de cada um.

Observamos que, apesar de muitos trabalhos científicos já estarem apontando para um levantamento e um diagnóstico da problemática do cuidado ao idoso, e que os estudos na área já avançaram no sentido de colocar questões importantes para os profissionais de saúde, as

discussões para propostas e soluções concretas, a meu ver, não se concretizam e não se sabe exatamente que alternativas estão sendo apontadas pelos pesquisadores para esse segmento.

Assim o presente estudo pretende, com a classificação dos trabalhos apresentados na área do envelhecimento, colaborar com os profissionais e também cuidadores leigos, no sentido de facilitar a sua leitura, a discussão em grupos ou instituições que abrigam idosos, e proporcionar um subsídio a mais para o entendimento e aplicação na sua prática diária junto aos mesmos. Como vimos, a configuração social acerca do envelhecimento populacional está em franca mudança e crescimento, exigindo que tomemos atitudes efetivas que possibilitem um impacto mais positivo para os idosos.

Karsch (2003, p. 862) nos traz uma importante reflexão sobre a transição demográfica e a transição epidemiológica que segundo ela, apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idoso na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades diárias. São familiares especialmente mulheres que se tornam cuidadoras de seus maridos, pais e até filhos.

Portanto os cuidadores leigos são uma parcela da população que ainda estão carentes de informações para dar suporte a esse cuidado; ainda há que considerar uma face não desvelada de cuidadores ocultos que se encontra em instituições asilares e conseqüentemente não está dentro das preocupações das políticas sociais.

Podemos considerar ainda, como um importante sujeito merecedor de nossos estudos a família cuidadora, pois ela é o elo entre o idoso e os profissionais da saúde, assim conforme nos trazem Elsen (apud CECAGNO; SOUZA; JARDIM, 2004, p. 108) o mundo das famílias é bastante complexo, e seu processo de viver é único, singular, contudo, também compartilhado com outras famílias e grupos. A família, enquanto sujeito de atenção em saúde, possui certas características que, para a enfermagem constituem-se em um desafio, pois se apresenta como uma rede de poder e de decisão sobre seus atos.

Portanto o ato de cuidar depende também dos aspectos culturais, espirituais e sociais dessa família, é ela enfim que toma as decisões ou a última palavra, a respeito do 'como cuidar do seu idoso'.

Considerando as questões relevantes aqui mostradas e revendo o que diz a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), que tem como propósito fundamental: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação

daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade, é possível pensar objetivamente em realizar essas mudanças, aproveitando o conhecimento produzido ao longo dos últimos anos por profissionais de renomada competência.

E por que valorizar tanto este conhecimento? Porque, ao longo de algumas discussões com pessoas que atuam com idosos, seja em função de sua área profissional ou porque foram forçadas pelas circunstâncias a lidar com as questões do envelhecimento em suas próprias famílias, percebeu-se uma longa distância entre as suas práticas e o conhecimento científico produzido.

Estas pessoas parecem ávidas por soluções, buscam idéias, estratégias de elaboração de cuidados mais humanizados, com maior qualidade, etc, mas, muitas delas desconhecem e não têm acesso as produções científicas produzidas a partir de pesquisas que geraram dissertações, teses ou outra forma de construção do conhecimento. Sem neste momento considerar as razões pelas quais estas pessoas não utilizam o conhecimento científico produzido, nossas questões problemas são:

Quais áreas profissionais se destacam na questão do envelhecimento nos últimos dez anos em publicações científicas?

As questões sobre o envelhecimento humano são discutidas a partir do eixo família?

2 OBJETIVOS

Considerando a problemática apresentada no tópico anterior, esta proposta tem por objetivo:

2.1 Objetivo geral

Conhecer a produção científica sobre envelhecimento humano na área da saúde, organizadas no banco de dados dos periódicos científicos do SciELO nos últimos 10 anos.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar a produção científica sobre envelhecimento humano por área de conhecimento, autor e período de publicação;
- b) Categorizar as produções científicas segundo o modelo de Cooperação Textual de Umberto Eco, observando o possível leitor – modelo a que se dirige;
- c) Identificar o eixo de discussão do envelhecimento humano na perspectiva da família;
- d) Elaborar um banco de dados sobre as produções analisadas com publicação de um *site* voltado para os profissionais e cuidadores que atuam na área do envelhecimento humano.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de pesquisa

Optou-se pela Pesquisa Qualitativa fundamentada em Minayo (2004) e o processo metodológico para registro e análise dos dados foi baseado no modelo de Cooperação textual de Umberto Eco (1996) adaptado por Silva (1999).

A pesquisa qualitativa, segundo Cabral e Tyrrell (1998), é realizada quando existe a necessidade de não valorizar pré-julgamentos, hipóteses e categorias permanentes fixadas antes da coleta de dados. É o tipo de pesquisa que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis que, embora definidas como descritivas, acabam servindo mais para proporcionar uma visão do problema.

Para contemplar os aspectos propostos neste projeto e ter uma visão mais ampliada do assunto a ser estudado, a opção, para este estudo, é realizar uma pesquisa com abordagem qualitativa de caráter descritivo-exploratório. Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para coletarmos os dados necessários, foi realizado um estudo documental enquanto a possibilidade de estudo sobre um fenômeno e / ou fato social relacionado a uma comunidade, pessoa, evento, instituição, na tentativa de levantar pressupostos explicativos, descritivos, narrativos ou interpretativos da situação temática de interesse do pesquisador. Considera-se como documento qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação.

Para Bandeira (2005), o estudo e a análise documental é um método de tratamento de dados, que envolve coleta, organização, classificação, seleção e análise de informações consubstanciadas em documentos. É um tipo de estudo que, inicialmente, foi bastante utilizado nas pesquisas quantitativas e que, hoje, vem conquistando paulatinamente o campo reflexivo das pesquisas qualitativas, com a preocupação de não apresentar apenas conteúdos descritivos, mas, também, uma interpretação contextualizada, complexa e profunda.

Ludke e Andre (1986) pedem uma especial atenção ao significado do estudo documental, que não deve ser confundido com as revisões bibliográficas documentais realizadas para embasamento de projetos e relatórios científicos. Para o autor, ainda que o

estudo documental possa ser utilizado para complementar dados informativos em estudos onde as fontes de informação são pessoas, este tipo de pesquisa é bastante utilizado para desvelar aspectos novos de um tema ou problema.

É importante considerar o caráter flexível deste tipo de estudo que pode ser combinado com outras técnicas e instrumentos, tanto dos estudos qualitativos quanto dos quantitativos. Em síntese, o estudo documental se interessa pelo significado dos conteúdos e se desenvolve a partir de temas relativos ao objeto de estudo, em um período determinado.

3.2 Universo do estudo

O universo do estudo compreendeu artigos da área da saúde, que estão publicados na base de dados brasileira Scientific Electronic Library Online (SciELO), que contemplavam os critérios estabelecidos para a seleção e posterior análise. Esta base de informações científica instituída há pouco mais de 10 anos, foi elaborada, organizada e instituída com o apoio da Fundação de Apoio a Pesquisa no Estado de São Paulo (FAPESP), a Bireme (Centro Latino – Americano e do Caribe), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e outras bases de dados internacionais que hoje gerenciam em toda a América Latina o registro, o uso e a divulgação das pesquisas científicas do Brasil e dos países neolatinos. Sua proposta inicial era a de organizar periódicos da área da saúde, mas, com o reconhecimento da qualidade do acervo e a sua divulgação em nível internacional, hoje, é uma base que abriga vários ramos do conhecimento científico (SciELO, 2006).

Para este estudo os critérios para seleção do universo analisado centraram-se em:

Temática direcionada ao envelhecimento humano;

Áreas do conhecimento relativas à saúde;

Publicações no período de 10 anos;

Busca das produções científicas a partir de palavras-chave: Idoso – Envelhecimento Humano;

Escolha aleatória de um artigo científico para análise qualitativa que contemplasse o cuidado dispensado ao idoso.

3.3 Registro e análise dos dados

Para o desenvolvimento deste estudo, iniciou-se com a busca direta na base de dados brasileira do SciELO, trabalhos que tem sua temática voltada para o desenvolvimento e atendimento ao idoso. A revisão bibliográfica compreendeu um período de 10 anos, de 1996 a 2006. Foram consultados os 59 periódicos referentes a Ciências da Saúde, que estão publicados na base de dados do SciELO e encontrou-se um total de 489 artigos que abordavam a temática referente ao idoso.

A partir dos critérios estabelecidos para a seleção do universo a ser pesquisado, 129 artigos respondiam total ou parcialmente as perguntas do estudo. Apesar de considerarmos que muitos artigos não delimitavam claramente sua linha de pesquisa, tivemos algumas dificuldades em estabelecer em qual eixo temático os mesmos poderiam ser inseridos, passamos para o próximo passo que foi à seleção desse material, com a leitura dos resumos, de forma que pudéssemos estabelecer os eixos temáticos. A próxima etapa, a leitura dos textos, permitiu as análises desse material e a posterior organização dos dados. Quanto aos eixos temáticos eles foram estabelecidos para uma melhor compreensão desse material de forma que ficaram assim organizados:

- 1) Aspectos fisiológicos do envelhecimento humano;**
- 2) Aspectos epidemiológicos do envelhecimento humano;**
- 3) Qualidade de vida do idoso;**
- 4) Apoio social ao idoso e família.**

Dentro da proposta desse estudo estava a análise qualitativa de um dos artigos, escolhido aleatoriamente, sobre o envelhecimento humano e as modificações que envolvem essa etapa da vida. O artigo escolhido “Abordagem do idoso em programas de saúde da família”, aborda a Política Nacional de Saúde do Idoso, cujo objetivo maior é a promoção do envelhecimento saudável e melhoria das capacidades dos idosos junto à família e a sociedade. Outros aspectos abordados são as competências, habilidades e atribuições da equipe que trata esse idoso e sua família.

Consideramos que a escolha desse artigo pode enriquecer os nossos conhecimentos a respeito dos assuntos que o mesmo trata e ao mesmo tempo oferecer subsídios para o trabalho em equipe, especialmente em relação às competências que o mesmo estabelece.

Assim consideramos importante essa primeira aproximação e a organização do material, tendo em vista o objeto de estudo que buscamos. Na análise do discurso tenta-se estabelecer as relações de produção desse discurso e para quem ele se destina, qual é o seu

leitor modelo. A partir então desta escolha, se fará a análise de conteúdo, seguindo o modelo de cooperação textual de Umberto Eco (1986), adaptado¹ para a definição do leitor – modelo destes documentos, considerando:

- a) Manifestação Linear do Texto – que se apresenta como uma síntese do texto, um resumo do mesmo;
- b) Contextualização do Texto – nesta contextualização, são abordados dados sobre autores, tipo de estudo que derivou o documento em questão, período de realização do estudo e / ou reflexão, ancoragem ou a base de conhecimento sobre os assuntos tratados;
- c) Dicionário de Base – são frases ou termos que definem e apresentam a temática de interesse do pesquisador, podendo levar o leitor a identificar o assunto de seu interesse;
- d) Estruturas Narrativas – organização narrativa do texto;
- e) Estruturas Actanciais – síntese crítica do texto com o uso do gráfico de Greimas; onde estariam as caracterizações dos personagens do texto identificadas pelo possível leitor, seus atributos e participação na ação ou situação apresentada;
- f) Estruturas Discursivas – tipos de discursos, ainda palavras, termos ou frases que mostram uma hipótese sobre determinada circunstância textual;
- g) Leitor – Modelo – a quem o texto se destina. Seria o leitor que o autor imagina ao escrever, não apenas emite informações sobre os assuntos, mas coloca palavras que se deseja que alguém saiba, mesmo não estando explicitado no texto. O leitor modelo pode ser imaginado pelo autor, quando ele se utiliza da temática e da língua que o mesmo domina.

O modelo adaptado de Eco (1986) serviu de base para análise dos textos sobre envelhecimento humano; Greimas (apud SILVA, 1999, p. 97) afirma que “o primeiro passo para se determinar o *corpus* desejado é se questionar: o que é preciso buscar? Por onde começar? Como proceder?” Como ele mesmo conclui, estas não são questões fáceis de responder, porque significam que necessitamos de material para trabalho que seja representativo na análise do fenômeno a ser estudado; que possa, inclusive, dissecar a temática escolhida de forma exaustiva.

Acerca disso Silva (1999, p. 98) nos traz que “a leitura de qualquer texto é, a seu ver, um processo dialético, que não se faz isoladamente”. É assim, porque uma leitura é antes de tudo um processo histórico-social, que faz parte da vida das pessoas que desejam se informar.

¹ A adaptação aqui apresentada foi realizada com algumas diferenças por Silva (1999) ao realizar a análise de discursos em revistas femininas que discutiam o envelhecimento feminino.

Para compreender um texto escrito, mais do que ser uma pessoa alfabetizada, o ser humano necessita ter conhecimentos prévios de mundo, de vida, para construir um sentido para o texto.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar do estudo de documentos de domínio público, a pesquisadora e a orientadora consideram não haver necessidade de submissão desta proposta aos representantes da Comissão de Ética da Universidade do Vale do Itajaí.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Envelhecimento humano

Sobre o envelhecimento humano, poderíamos dizer que a preocupação com o mesmo remonta os primórdios da civilização, sendo também importante deixar claro que o seu crescimento significativo ocorreu no século XX, onde os avanços da ciência em geral e em especial sobre o envelhecimento humano, adquiriram um corpo de conhecimentos que propiciou o desenvolvimento dessa disciplina.

Conforme Papaléo Netto (2002, p. 2),

[...] a História está aí para demonstrar que as idéias sobre velhice são tão antigas quanto a origem da humanidade. O autor nos diz que a geriatria e a gerontologia são campos científicos mais novos, por isso parece a muitos que a preocupação com o envelhecimento humano tem origem em nossos dias, sendo essa uma falsa crença.

Vemos que o estudo da velhice passa por diferentes enfoques e transformações ao longo desses séculos, tentando definir o seu campo de atuação e os termos básicos que se referem ao tema proposto. Percebe-se claramente na literatura que houve um avanço significativo em relação aos conhecimentos nos últimos anos na área. Papaléo Netto (2002, p. 2) nos diz que os pioneiros Metchnikoff e Nascher, em 1903 e 1909, respectivamente, estabeleceram os fundamentos da gerontologia e da geriatria. Acreditavam ambos que estas ciências correlatas iriam se transformar, em um futuro próximo, em campos profícuos de realizações científicas.

Como podemos observar na história, havia um otimismo grande em relação às possibilidades dos estudos sobre a velhice, mas os pesquisadores tiveram muitas dificuldades para disseminar e principalmente convencer os pesquisadores da época sobre suas idéias.

Outros estudiosos também se envolveram com a ciência do envelhecimento humano, mas merece destaque segundo Papaléo Netto (2002, p. 3) Marjory Warren, considerada a “mãe” dessa especialidade por ter introduzido e implementado ações de avaliação geriátrica especializada, o que resultou em um trabalho multidimensional e interdisciplinar a respeito do envelhecimento.

Observamos que ainda nos dias de hoje é difícil e tortuoso o caminho que investiga a área do conhecimento científico sobre envelhecimento humano, assim como também algumas outras áreas, as mesmas tiveram que ultrapassar ao longo dos anos, muitos obstáculos e dificuldades para obterem seu reconhecimento e terem sua efetiva participação na prática com

os idosos. Mas pelo estudo incessante de alguns poucos pesquisadores, começaram a surgir trabalhos em áreas que compõem a geriatria e a gerontologia;

Segundo Papaléo Netto (2002, p. 3),

Somente a partir da década de 1930 já é possível observar vários trabalhos na área, e a criação em 1942 da American Geriatric Society e em 1946 da Gerontological Society of América e a Division of Maturity and Old Age da American Psychological Association, deram o impulso necessário para o estudo e reconhecimento da importância do assunto.

Muitos países olharam com interesse a questão do envelhecimento, já que era uma realidade inevitável e que batia a sua porta com relativa urgência e perguntas surgiam: onde tratar os agravos gerados pelo envelhecimento, quem seriam os cuidadores, onde buscar recursos públicos para o atendimento dessas necessidades? E quanto aos impactos psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais, estes de suma importância para atender as condições de vida e saúde dos idosos, quais seriam os encaminhamentos necessários para atendê-los?

Todos esses aspectos do envelhecimento necessitam ser atendidos de uma forma conjunta, de uma forma que o idoso como sujeito de estudo, seja plenamente atendido em todas as suas necessidades.

Portanto devemos considerar importante o que nos diz Martins de Sá (1999 apud PAPALÉO NETTO, 2002, p. 8) a relação interdisciplinar e, portanto, interprofissional é particularmente relevante. Existem áreas de investigação e prática que não podem ser abrangidas por uma única disciplina, caso típico da saúde do idoso, já que as questões biológicas estão imbricadas com as relações sociais e com expressões emocionais, valores e recursos ambientais.

O que nos leva a refletir que as questões que devem ser abordadas sobre o envelhecimento não são apenas as caracterizadas pelo aspecto de uma incapacidade funcional, uma fase de maior incidência de doenças crônicas e processos patológicos degenerativos; o envelhecimento pode ser considerado uma etapa da vida importante e produtiva, desde que os idosos tenham suas condições e necessidades atendidas em sua plenitude.

Nossa reflexão é importante para podermos analisar as questões impostas pelo envelhecimento da população brasileira, conforme Papaléo Netto (2002, p. 5) os problemas citados trouxeram à tona a situação do idoso, da velhice e do processo de envelhecimento no Brasil. Conforme o mesmo autor quatro fatores foram os propulsores desses estudos:

- 1) a pressão passiva exercida pelo número rapidamente crescente de idosos no Brasil;
- 2) o clamor da sociedade que, mais hoje do que ontem, começa a sentir o peso do

desafio dos múltiplos problemas médicos, psicossociais e econômicos gerados pela velhice;

- 3) o interesse dos profissionais da saúde, dos pesquisadores, das sociedades científicas e das universidades no estudo de um processo que, por ser uma preocupação acadêmica recente, oferece amplo campo de investigação científica, e na busca de soluções dos problemas que afligem a população idosa;
- 4) a disseminação dos conhecimentos sobre o fenômeno da velhice em todo mundo.

Podemos observar que as questões colocadas não são novas, elas se repetem ao longo dos anos e nos trabalhos dos pesquisadores, mesmo assim são cruciais para o desenvolvimento deste corpo de conhecimentos que queremos desenvolver. A ONU deu uma contribuição importante na questão do envelhecimento quando globalizou os estudos sobre gerontologia promovidos em vários países.

No Brasil importante dizer que a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) foi fundada em 1961 e que a partir de 1968 passou a se chamar Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). A SBGG tem em seus quadros profissionais de várias especialidades, como enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, que estão voltados para o estudo do envelhecimento humano.

Conforme Papaléo Netto (2002, p. 5) o primeiro serviço universitário foi criado em 1975 na Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Nas próximas décadas têm início vários serviços ligados à geriatria nas Universidades do País e começam a aparecer atividades de áreas não médicas da gerontologia. Atualmente existem vários programas de especialização, mestrado e doutorado, a maioria com caráter multidisciplinar, o que tem gerado uma produção científica importante para a área.

A partir desses importantes trabalhos na área de geriatria e gerontologia, vários outros se seguiram, sempre buscando definir o campo e as especificidades necessárias para delimitar o campo de atuação desses profissionais.

Papaléo Netto (2002, p. 7) refere que a caracterização da gerontologia e a definição de sua área de abrangência são, portanto, fundamentais. Sabendo-se que o fenômeno do envelhecimento é multifacetado e admitindo-se que ele é também multifatorial, é fácil compreender que a gerontologia tem como objetivo tratar dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos e legais, entre outros, e promover pesquisas que possam esclarecer os fatores envolvidos na sua gênese.

4.2 Transição epidemiológica

O envelhecimento da população é um fato irreversível e devemos nos preocupar com medidas efetivas para atender as pessoas em seus processos naturais e também naqueles que exigem dos cuidadores ou familiares um conhecimento maior e especializado sobre envelhecimento humano.

Como vimos o envelhecimento da população exige considerações e atitudes que não podemos perder de vista em nosso trabalho, conforme nos dizem Derntl e Watanabe (2004, p. 37) “o fenômeno do envelhecimento populacional tem impacto significativo sobre diversas dimensões do desenvolvimento e do funcionamento das sociedades bem como sobre o bem estar relativo não só dos idosos como das populações mais jovens”.

Sobre isso, Ramos (2002, p. 72) diz que “o envelhecimento populacional é derivado de uma proporção, e não de um número absoluto”. Uma população envelhece quando a proporção de velhos aumenta e a proporção de velhos só aumenta quando a proporção de jovens diminui. Portanto uma população só envelhece quando ela para de se reproduzir na velocidade que a natureza impôs a cada espécie.

Como já vimos, as questões sobre o envelhecimento humano vem progressivamente tomando corpo, seja na forma de estudos clínicos realizados com pessoas, ou, na forma de estudos de dados epidemiológicos referentes à faixa etária dos idosos.

Conforme Pereira (1995, p. 3) “a epidemiologia é o campo da ciência médica preocupado com o inter-relacionamento de vários fatores e condições que determinam a frequência e a distribuição de um processo infeccioso, uma doença ou um estado fisiológico em uma comunidade humana”.

A definição do conceito de epidemiologia passou também ao longo dos anos por um processo de mudanças, o enfoque na maioria das vezes era voltado para as doenças, principalmente as infectoparasitárias, no sentido de investigar as mesmas e propor formas de controle sobre elas. Atualmente considera-se muito importante a contribuição da epidemiologia ao estudo da população idosa do ponto de vista demográfico, pois questões como taxa de crescimento da população, número de nascidos vivos, dados referentes à população jovem são de extrema importância no planejamento e implementação de políticas públicas e deveriam ser uma das prioridades dos governantes.

Conforme nos traz Ramos (2002, p. 73) a Transição Demográfica deu-se originalmente na Europa, onde a fecundidade declinou marcadamente, muito antes de

qualquer método anticoncepcional científico estar disponível. Fruto do desenvolvimento social gerado pela revolução industrial houve uma queda gradual na mortalidade que, em longo prazo levou a uma queda na fecundidade e conseqüentemente, ao envelhecimento da população.

Observamos que a industrialização afetou de forma drástica o curso de vida das pessoas no mundo inteiro, tanto no âmbito privado quanto no público, onde as preocupações com as questões do controle da natalidade e do envelhecimento tomaram proporções que exigiam medidas do poder público. Alguns países elaboram políticas públicas de proteção e promoção para um envelhecimento saudável, mas nos países em desenvolvimento a situação econômica e social em franca desigualdade não encontra respaldo para proteger a saúde de sua população, transformando a falta dessa uma questão de calamidade pública.

Para agravar a situação as condições crônicas á que os idosos pela sua condição de maior vulnerabilidade, estão mais expostos, deveriam constituir-se em uma preocupação constante dos legisladores, mas não é o que observamos na prática diária de atendimento a essa população. Faltam recursos de toda natureza para atender a demanda crescente de idosos no país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um relatório para orientar e alertar os legisladores a respeito da questão urgente e necessária a que as condições crônicas submetem a população. Conforme a OMS as condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de um certo nível de cuidados permanentes e, além disso, as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes:

Estão aumentando no mundo e nenhum país esta imune ao impacto causado por elas

Representa um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes

Causam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país

Podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações.

No Brasil como podemos observar, as questões são urgentes, pois além do aumento expressivo da população idosa as questões colocadas no relatório da OMS ainda não foram contempladas, as questões econômicas superam as questões sociais, a população como um todo sofre com a falta de recursos públicos para saneamento, saúde, habitação, educação.

Ramos (2002, p. 73) relata que

[...] na América Latina, em particular, e nos países em desenvolvimento em geral, observa-se hoje uma Transição Demográfica conceitualmente idêntica à verificada na Europa no início do século, porém, com aspectos práticos fundamentalmente diferentes e com implicações dramaticamente mais desfavoráveis.

De certa forma ainda as características que mais se destacam na fase do envelhecimento são as degenerações tanto físicas quanto emocionais por que passa o organismo humano, as capacidades vitais tendem a diminuir e as necessidades relacionadas a medicamentos, cuidados paliativos da dor, dificuldade para se locomover tendem a aumentar, o que cria uma grande demanda por cuidadores mais especializados; os cuidadores atualmente buscam suporte para cuidar melhor do idoso, há uma procura maior pelos fundamentos de cuidados aos idosos, e as equipes de saúde, tem um importante papel a desempenhar no trabalho educativo; portanto a transição demográfica, onde verificamos o aumento expressivo do número de idosos mudou o quadro epidemiológico brasileiro e sua pesquisa científica deveria acompanhar essa tendência de crescimento.

Ramos (2002, p. 73) relata que a “Transição Epidemiológica altera fundamentalmente o panorama epidemiológico relativo à morbidade e a mortalidade de uma determinada população”. As doenças infecto-contagiosas, altamente prevalentes em populações jovens, tendem a diminuir a sua incidência, enquanto as crônicas-degenerativas, não transmissíveis, aumentam sua prevalência, expressando a maior proporção de pessoas idosas portadoras dessas doenças.

A qualidade e a humanização desse suporte depende muito do preparo dos profissionais, os quais devem ser estimulados já nos cursos de graduação, na pós-graduação ao trabalho com o idoso, cabendo ao docente um papel de multiplicador e estimulador para que esse aluno apreenda a trabalhar com o idoso, especialmente na perspectiva humanista e ética, com competência.

4.3 Idosos no Brasil

No Brasil o impacto das condições sociais tem com frequência superado as questões biológicas do envelhecimento e tendo privilegiado o capitalismo como modelo econômico, sofre as agruras de um País de Terceiro Mundo, onde as condições sócio-econômicas são perversas, privilegiando uns em detrimento de uma grande maioria.

O impacto negativo dessas ocorrências para a sociedade é um grande desafio a ser vencido por todos. O idoso brasileiro, inserido nessa sociedade, tem algumas características próprias, seja pelo envelhecimento rápido de sua população ou ainda pela sua história recente de conquistas sociais, que mesmo estando em estatutos e leis, dificilmente são cumpridas na sua integralidade. Os idosos por serem um grupo mais vulnerável, não tiveram nem vez e nem voz no atendimento de suas necessidades mais elementares.

Assim Haddad (apud SIMÕES, 1994, p. 14) coloca que “a marginalização do idoso é explicitada através do preconceito”. A expressão “velho” tem diferentes abordagens e pode significar perda, deterioração, fracasso, inutilidade, fragilidade, decadência, antigo, que tem muito tempo de existência, gasto pelo uso, que há muito tempo possui certa qualidade ou exerce certa profissão, obsoleto e não adequado à vida, dando a impressão de que o velho vive improdutivamente e está ultrapassado pela nossa sociedade. Convém ainda ressaltar que a palavra velho é utilizada normalmente como antônimo de jovem.

Conforme a literatura aponta, somente no final da década de 60, é que documentos, publicações oficiais e também publicações científicas, da área, começaram a usar outro termo para designar a pessoa velha, sendo idoso o termo que substituiu o mesmo. A literatura nos traz que as denominações são importantes e refletem o pensamento da sociedade, parecendo que o termo idoso é o mais adequado para essa etapa de vida.

Simões (1994, p. 15) diz que a expressão ‘idoso’ tem uma conotação menos agressiva, pois se refere unicamente ao ser humano, sendo utilizada para identificar as pessoas que tem uma vivência traduzida em muitos anos. O prefixo “idos” significa, justamente, passados, percorridos.

Outros pesquisadores refletem sobre o tema, mas reconhecem a dificuldade de nomear essa etapa da vida, assim como a própria fase idosa é de difícil delimitação, identificação, sofrendo várias mudanças ao longo dos anos e variando conforme as regiões, culturas e costumes.

Conforme Peixoto (1998, p. 78) “ainda que o termo idoso não fosse muito empregado, observa-se que as ambivalências já são fortes: velho e idoso podem se confundir, mas idoso

marca um tratamento mais respeitoso, como *personne âgée* praticado na França”. A mesma autora coloca que “terceira idade” é o termo mais empregado quando o idoso participa das situações referentes às atividades sociais, culturais e é sinônimo de envelhecimento ativo e independente. A terceira idade converte-se em uma nova etapa da vida, em que a ociosidade se transforma na prática de novas atividades sob o signo do dinamismo.

Ainda Simões (1994, p. 16) reflete que “pela ótica da classe social, é interessante notar a ideologia que permeia a menção desses termos idoso e velho”. Normalmente, verificamos que a pessoa de idade elevada na classe social dominante é chamada de idoso, enquanto os idosos da classe dominada são denominados velhos. Entendemos a partir dessa constatação, que a palavra ‘velho’ tem um caráter negativo em comparação ao termo idoso, podendo eventualmente ser valorizado o velho em situação de convivência mais íntima.

Assim parece-nos que os idosos ao serem denominados pela sociedade, também sofrem discriminação, pela sua classe social, sua cor, sua situação econômica e evidentemente por tudo que ele representa e esta expresso no seu corpo. Idosos desportistas, artistas, ou participantes de clube de danças ou que mantêm uma atividade intelectual, são as pessoas que, aparentemente, permanecem mais dinâmicas ou mais participativas, e, normalmente, a sociedade designa como pessoas da terceira idade.

No dizer de Debert (1998, p. 53)

[...] a terceira idade também é uma criação recente das sociedades ocidentais contemporâneas. Sua criação implica a criação de uma nova etapa na vida que se interpõe entre a idade adulta e a velhice e é acompanhada de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados, encarregados de definir e atender as necessidades dessa população que, a partir dos anos 70 deste século, em boa parte das sociedades européias e americanas, passaria a ser caracterizada como vítima da marginalização e da solidão.

Assim, nos documentos oficiais, os termos vão ao longo do tempo sendo substituídos, mas as ações de apoio e proteção que deveriam ser implementadas pelas políticas públicas, não se efetivam como medidas eficazes de implantação de políticas sociais que possam dar conta dos vários aspectos e especificidades dos idosos, não atingindo o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

No Brasil, nos anos 30, em consequência do processo de industrialização e urbanização, algumas categorias de trabalhadores já possuíam um sistema que lhes permitia a aposentadoria depois de cumprido o tempo necessário para seu afastamento do trabalho.

Peixoto (1998, p. 79) afirma que “a criação da Lei Orgânica da Previdência Social uniformizou as várias legislações existentes na época, e reuniu todos os CAPS, IAPMs e IAPs num único instituto - Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)”. Mas dentre as políticas

sociais para os idosos, a questão da aposentadoria se efetiva, conforme a mesma autora, a partir dos anos 70, com a concessão da aposentadoria-velhice, dando início a uma etapa onde já era possível a aposentadoria para os homens aos 65 anos, e para as mulheres aos 60 anos de idade.

Observando a literatura existente, percebemos que a denominação idoso veio acompanhada de mudanças institucionais importantes como a própria lei de aposentadoria e benefícios, cuja consolidação se deu somente anos depois, com a promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988.

Ainda em Peixoto (1998, p. 80), encontra-se a discussão do que se afirma ser a rede de apoio ao idoso no art. 230 da Constituição Federal do Brasil que declara que “a família, a sociedade e o Estado tem o dever de cuidar dos idosos, assegurando-lhes uma participação na vida comunitária, protegendo sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida”.

Considerando as afirmações dos autores aqui citados, unânimes em afirmar que o Brasil envelhece com bastante rapidez, em parte pelas melhorias das condições de trabalho, urbanização dos locais de moradia, como também o acesso a medicamentos, as tecnologias para diagnóstico precoce e também a prevenção de doenças, principalmente as imunizações oferecidas pelas vacinas.

Poderíamos dizer que se fazem necessárias medidas para diminuir a grande desigualdade social que faz com que os idosos, pela sua condição de maior vulnerabilidade, sofram em sua grande maioria para conseguir atender minimamente as suas necessidades, uma vez que a família, a sociedade e o Estado não conseguem ser/ter uma rede sólida de apoio.

Mesmo assim, na população brasileira, os idosos compõem o segmento que mais cresce e, segundo Lima-Costa et al (2003, p.746) “entre 1991 e 2000, o número de habitantes com 60 anos ou mais aumentou cerca de duas a quatro vezes mais do que a população jovem do País”. A população idosa vem apresentando uma tendência de crescimento e conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de pessoas de 60 anos de idade, na população em geral, vem crescendo em correspondência com a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer (IBGE, 2000).

Os mesmos dados informam que a população idosa é, predominantemente, feminina com maiores proporções nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, fato que está associado à elevada mortalidade de jovens do sexo masculino, por causas externas e a morte prematura de homens na maturidade. Conforme a pesquisa realizada anualmente pelo IBGE, Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (Pnad), que tem a finalidade de analisar os diversos

aspectos da população brasileira, sendo alguns deles os demográficos, de trabalho, de habitação e de educação, no ano de 1998 constatou-se que havia 11.326,901 pessoas com mais de 60 anos. A ONU estima que em 2050 o país estará em 5º no ranking de pessoas com 60 anos ou mais. Percebemos pela literatura quão importante e urgente é o conhecimento teórico e principalmente o “como fazer” para atender os nossos idosos.

Assim, podemos dizer que o envelhecimento é uma soma de vários fatores e que esses convergem para uma velhice mais saudável ou não; diríamos que as questões individuais e as coletivas têm também os seus pesos, pois importantes estudos feitos por Safons (1999, p. 30) na área da gerontologia, têm demonstrado que: atividade física, alimentação adequada e hábitos de vida saudáveis podem melhorar em muito a qualidade de vida dos idosos.

Considerando que os hábitos mais saudáveis, onde as pessoas idosas podem desenvolver suas atividades e ao mesmo tempo interagir com outros companheiros e trocar idéias, ativa e, ao mesmo tempo, estimula sua afetividade e o espírito de solidariedade, aumentando a expectativa de vida e melhorando a qualidade da mesma, poderíamos trabalhar com os profissionais das áreas da atividade física e da nutrição para desenvolver atividades que estimulassem esses aspectos da vida dos idosos.

Revedo muitos estudos sobre o envelhecimento, é possível afirmar que o envelhecer depende de um conjunto de vários aspectos que devem ser contemplados tanto pela pessoa que envelhece, como pela sociedade que está em sua volta. No dizer de Neri (1995, p. 38), envelhecer bem depende das chances do indivíduo quanto a usufruir condições adequadas de educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho durante todo seu curso de vida. Esses elementos são cruciais à determinação da saúde (a real e a percebida).

No Brasil começamos a perceber algumas atitudes e ações, para um envelhecer consciente e de qualidade. Para tanto, importantes órgãos e entidades governamentais e não governamentais vêm trabalhando para superar os estereótipos atribuídos à velhice. A ONU, recomendou, no seu Plano de Ação Internacional, durante uma Conferência realizada exclusivamente para discutir os problemas relacionados aos idosos no mundo, que o idoso deve ser inserido no mercado de trabalho.

No documento, a ONU prega a necessidade de promover uma abordagem positiva do envelhecimento, e recomenda três esferas prioritárias de atuação:

No desenvolvimento sócio-emocional e cultural do idoso;

Na promoção da saúde e o bem-estar do idoso;

Na garantia de um ambiente propício e favorável às necessidades da pessoa que

envelhece.

Seguindo a linha de pensamento da ONU, deveria se oferecer e assegurar ao idoso e a sua família, as condições para uma velhice saudável, com a oferta de bens e serviços, com a preparação de profissionais especializados, com organização de espaços adequados e adaptados às pessoas idosas com necessidades especiais, entre outras possibilidades.

Para a concretização destas idéias, o Estado também tem um importante papel a desempenhar. Num estudo Caldas (2003, p. 774), observou que “com a falência do sistema previdenciário, a família vem progressivamente, se tornando a única fonte de recursos disponível para suprir as necessidades do idoso dependente”.

No mesmo estudo Caldas (2003, p. 774) refere que,

[...]o idoso está cada vez mais dependendo da sua rede de apoio familiar para poder ultrapassar esta etapa de sua vida, mesmo que ela não signifique a dependência total dessa família, o apoio psicológico e o afeto são de suma importância para o desenvolvimento cognitivo e a interação social desse idoso.

A família fica, assim, responsabilizada pelos cuidados mais freqüentes relacionados aos tratamentos preventivos/curativos junto a essa população, que, de certa forma, se tornam bastante onerosos, já que as doenças crônicas tendem a levar a gastos maiores e permanentes, o que acarreta no domínio privado uma responsabilidade financeira que, na maioria das vezes, a mesma não tem como arcar.

Como muitas famílias não conseguem pagar um profissional para o atendimento aos seus idosos, surge a figura do cuidador familiar, aquele membro ao qual é delegada a responsabilidade de levar ao médico, ao fisioterapeuta, etc. e realizar os cuidados diários tais como o banho, a alimentação e o lazer. É, normalmente, este cuidador que tem a responsabilidade de satisfazer todas as necessidades desse idoso, em situação de dependência.

Para Siqueira e Moi (2003, p. 166) pode-se “perceber que nem a família, nem a sociedade e muito menos o poder público estão preparados para conviver com essa nova realidade demográfica”. Observa-se também que o processo de “modernização” do país vem acabando com mecanismos tradicionais de amparo a velhice, destacando-se nesses a rede de relações familiares, sem introduzir novas modalidades de proteção.

Observando o que dizem os especialistas sobre esta realidade social no Brasil, uma das questões importantes, postas em discussão, é a possibilidade do idoso necessitar de um abrigo ou asilo, pois a família, muitas vezes, não tem as condições necessárias para suprir esse atendimento. Muitas vezes é importante dizer, o asilamento é um recurso melhor que o abandono nas ruas e os maus-tratos que os idosos podem sofrer de famílias sem condições

nenhuma de cuidar desse idoso.

No Brasil, conforme Neri et al (2002, p. 18), “não existem asilos com atendimento de qualidade para os ricos, quanto mais para os pobres, principalmente se doentes e funcionalmente dependentes”. Isto nos coloca em uma situação de impasse. E as políticas públicas na área da saúde que estabelecem, (teoricamente), o atendimento integral a população brasileira? Não caberia ao poder público oferecer garantias a estas pessoas?

As políticas públicas, na área da saúde, no Brasil, estiveram em constante mudança nas últimas décadas principalmente com a implantação do SUS - Sistema Único de Saúde, que abre uma nova perspectiva de atenção integral à saúde da população, incluindo os idosos. Conforme Mendes (1999, p. 47)

[...] a Constituinte formou-se num espaço democrático de negociação constante ao longo das diversas etapas, e a questão da saúde na Constituição ressalta aspectos fundamentais: o conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Mas a questão de como arcar com os custos financeiros para propiciar este direito comunitário permanece um desafio a ser enfrentado:

O que as famílias poderiam fazer para tratar os seus idosos dependentes, se sua condição econômica muitas vezes não suporta esse ônus?

O Estado, como patrocinador da saúde pública, teria que parcela de envolvimento nesta causa?

Com esses questionamentos, é possível observar que ainda é incipiente a participação do poder público no cuidado ao idoso ou na proteção que esse mereceria em função de suas necessidades. Podemos considerar que as condições crônicas de saúde constituem-se em um grande desafio para este século e naturalmente isso implica em um planejamento em longo prazo para essas questões emergentes.

Conforme a OMS (2003, p. 5)

[...] atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Até hoje em todo mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas, simplesmente tratam os sintomas quando aparecem.

Poderíamos dizer que neste contexto, não é difícil imaginar a situação das famílias cuidadoras de idosos, pois, fica nas mãos dos mesmos a responsabilidade quase que total e integralmente pela proteção do idoso em todas as suas instâncias.

O cuidado prestado ao idoso, obviamente, deve englobar sua família e a coletividade onde mora, sendo necessário que essa parceria seja cada vez mais estimulada. A comunidade como uma rede de apoio é expectativa que não deve ser desprezada.

Assim considerando a situação sócio-econômica porque passa o País, os idosos estão sofrendo profundamente com esse quadro, que agrava a sua condição de aposentado, mas atingindo também a população mais jovem, determina drasticamente que a economia dos idosos assuma as responsabilidades financeiras de sustento do clã familiar.

Acerca disso Caldas (2003, p. 777) diz que estudos sobre transferências intergeracionais têm mostrado que, “entre as famílias mais pobres, os idosos contribuem com o seu rendimento da aposentadoria para o orçamento domiciliar. Essa contribuição tem papel importante nas estratégias de sobrevivência do grupo doméstico”.

Assim, faz-se necessário e urgente, difundir e consolidar os instrumentos que possam ser utilizados para um melhor entendimento e conhecimento dessa realidade, principalmente aquelas que possam auxiliar o idoso na sua conquista de cidadania.

Conforme nos trazem Silvestre e Costa Neto (2002, p. 841) são importantes passos:

[...] reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais da saúde; prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada; proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Portanto o idoso, o cidadão brasileiro, deve também ser convidado e incentivado a participar ativamente na organização dessa sociedade, para poder exercer o seu direito ao controle social, o seu direito à saúde, a educação, a melhores condições de vida, especialmente na sua velhice. No Brasil não há uma participação efetiva desses cidadãos, talvez pelos longos anos passados na obscuridade, como se o “ser idoso” significasse uma “doença” e não uma fase da vida ou ainda por falta de costume, já que esse é um direito e um dever bastante recente.

Aliados a isso, ainda têm um contingente enorme de idosos vivendo a margem da sociedade, segregada em casas para repouso e asilos, ou vivendo nas ruas ao abandono total, aos quais a sociedade muitas vezes faz “vista grossa”, não tomando o devido cuidado com a

forma como são cuidados e a qualidade do trabalho oferecido por essas instituições.

Segundo Siqueira e Moi (2003, p. 167) apesar da inexistência de dados gerais que indiquem o total de idosos brasileiros institucionalizados, percebe-se que a atenção ao idoso nas tradicionais instituições asilares é uma realidade que permanece no momento sócio-histórico do envelhecimento no Brasil. Ainda conforme as autoras, nota-se nas instituições asilares brasileiras uma grande procura por vagas, não só por parte dos idosos de alta dependência, mas por idosos “jovens” na sua maioria na faixa etária de 60 a 65 anos.

Conforme o que dizem as autoras, idosos ainda “jovens”, também procuram um lugar para morar, já que muitas vezes a aposentadoria traz uma triste realidade: a falta de recursos econômicos que mantenham a sua qualidade de vida ou que impossibilitam o viver dignamente sozinho ou em sua residência anterior a aposentadoria.

Freire e Tavares (2005, p. 147) colocam que pensadas como cenários de cuidados as Instituições de Longa Permanência (ILP), constituem um desafio, principalmente se contrastadas com a proposta da promoção da saúde que se funda no empoderamento expreso, entre outros aspectos, pelo direito a individualidade, muitas vezes interdito nesse contexto.

Assim os idosos que permanecem nessas instituições, ou por necessidade da família, muitas vezes sem recursos próprios, ou por não ter um abrigo ou familiares/amigos que possam responsabilizar-se pelos cuidados, constituem-se, quase sempre em um grupo marginalizado, sem possibilidades de terem seus projetos próprios, pois se encontram na maioria das vezes afastados da família, dos amigos e das suas antigas relações sociais e profissionais.

Pensando a história de vida desses idosos, nos deparamos na maioria das vezes com pessoas tristes, o que normalmente nos leva a pensar sobre a questão dos idosos em situação de isolamento nas instituições de longa permanência, mesmo aqueles que tem possibilidade econômica de arcar com um lugar mais adequado, sofrem com o afastamento de seus familiares de onde suas raízes foram assentadas.

Conforme Siqueira e Moi (2003, p. 167) torna-se premente conhecer a realidade dessas instituições no sentido de compreender as diversas dimensões do processo de envelhecimento no Brasil e garantir, a uma parcela da população idosa, qualidade de serviços que lhe permita manter a autonomia, independência e a participação como cidadã na vida de sua comunidade.

A necessidade de manter o idoso em uma Instituição de Longa Permanência, na maioria das vezes é a única alternativa possível que a família encontra, pois tão lesivo quanto o isolamento, é o abandono ou a negligência que muitas vezes o idoso sofre por parte dos

cuidadores.

4.4 Estatuto do idoso

O Estatuto do Idoso, assim como o tema do qual trata, é bastante atual e tem na sociedade em seu meio de discussão, um caráter fortemente ligado a questões urgentes e necessárias para desenvolver um trabalho profissional no presente.

Considera-se que o mesmo foi uma conquista de vários segmentos da sociedade que trabalham na questão do envelhecimento. É possível observar, nos documentos do estatuto, várias disposições a respeito do tema e, entre elas, os aspectos de saúde, educação, moradia, lazer e direitos civis estão destacados. A lei nº 8.842/1994 formulou a Política Nacional do Idoso e a lei nº 10.741/2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 1994; 2003).

Conforme Neri (2005, p. 7), a Política Nacional do Idoso é uma grande Carta de Intenções, que foi aprovada em 1994 e regulamentada em 1996. O art.1º nos diz que “a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos civis do idoso, criando condições de promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. Com essa premissa básica, o governo federal propõe efetivação das leis para esse segmento, instituindo ações de cunho preventivo, curativo e de reabilitação, com o objetivo final de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos. Assim, mesmo vendo aprovadas todas essas leis, o trabalho esta apenas começando, nada está resolvido.

Acerca disso Krug (2004, p. 62) refere que

[...] como perceber isto, quando uma imensa maioria de idosos: ao invés de serem abrigados pela família são seus mantenedores?
Vivem a luta cotidiana da aquisição de medicamentos com uma aposentadoria simbólica, sem falar na realidade dos planos de falta de saúde?
Jamais serão objetos de proteção sociais, porque não estão sequer informados de seus direitos e porque não raro, para eles esses “direitos cessaram” quando se aposentaram ou talvez, nem se tenham aposentado.

Como podemos perceber a realidade para uma imensa maioria de idosos no Brasil são bastante cruéis muitos ainda precisam manter-se trabalhando, na maioria das vezes sem condições físicas, pois conforme as pesquisas já vem apontando, os idosos cada vez mais são os provedores de sua família, necessitando manter seu sustento, dos filhos e netos, e ainda colaborando com cuidado as crianças mais jovens.

Poderíamos considerar que, a família, sociedade e o estado têm um importante papel a desempenhar face ao quadro que se desenha de uma forma bastante veloz, assim a Política Nacional do Idoso, no capítulo dos princípios, diz que estes têm o dever de assegurar ao idoso

todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida.

No capítulo dos princípios, é importante ressaltar que o estatuto considera que o envelhecimento é um direito fundamental de todos. É importante não tratá-lo como um evento individual; para isso as ações governamentais devem ser efetivadas com vistas a implementar políticas que realmente contemplem essa variada diversidade que ocorre nesta fase da vida.

Ainda dentro dos princípios do Estatuto do Idoso, o mesmo diz que compete à União a articulação entre os Ministérios para efetivar as políticas referentes aos idosos. As diretrizes traçadas visam assegurar que os atendimentos contemplem todos os aspectos e realmente garantam os direitos de associação, atendimento prioritário, convívio com a comunidade e familiares e ainda o apoio aos estudos e pesquisas que abordem temas sobre o envelhecimento.

Como se pode observar na literatura, os idosos, teoricamente, teriam assegurado direitos que lhe proporcionariam uma fase idosa mais tranqüila e com dignidade, mas, em face das questões político-econômicas que afetam o mundo, em geral, e em particular, os países em desenvolvimento, com o acirramento da fome, da miséria, da falta de moradia e condições de saúde, os idosos tendem a sofrer mais este abandono do Estado.

Em nosso país, constantemente, observamos pelos meios de comunicação e no dia a dia, o abandono de idosos em vias públicas, em hospitais, em asilos, confirmando as denúncias de maus tratos, abandono e negligência a que está submetida esta parcela da população, desrespeitando o estatuto do idoso que deveria servir como amparo às questões legais e direitos dos mesmos.

Conforme Gonçalves e Alvarez (2004) esse panorama já é bastante conhecido e discutido em nosso meio, o que tem produzido esforços governamentais principalmente na aprovação de leis, decretos, resoluções, portarias e, no que concerne à saúde pelo Ministério da Saúde. Entretanto, é sabido que na situação crônica de precariedade conjuntural socioeconômica por que passa o país, principalmente no setor saúde, tal esforço se constitui em desafio inominável.

4.5 O SUS e a assistência ao idoso

As políticas públicas referentes à saúde no Brasil vêm desde o século passado sofrendo constantes transformações, acompanhando de uma certa forma, as mudanças

econômicas, sociais e culturais do País. Entretanto nem sempre essas reformas contemplaram os interesses e às necessidades da imensa maioria da população.

Priorizando principalmente as questões econômicas, os sucessivos governos, especialmente os 20 anos de governo militar, envidaram diversas tentativas de implementar as reformas na área da saúde através de leis e pacotes, mesmo que esses não representassem o ideal para os cidadãos. Para podermos fazer uma análise dessa situação de uma forma abrangente, é importante termos o olhar crítico e além do que nos diz a literatura oficial, ter o entendimento da questão saúde num âmbito global, o que se passa no mundo e quais as influências do país em relação a elas.

Nos anos 60/70 a economia estava centrada num modelo eminentemente agroexportador e esse era um dos motivos pelos quais a base da saúde estava no saneamento de locais por onde esses produtos circulavam, os portos brasileiros por onde passavam as mercadorias que deveriam chegar a outros países. O saneamento desses locais foi para o governo, de extrema importância visando o poder econômico, pois o país perdia divisas no momento que não havia possibilidade de vender esses produtos.

Para Smeke e Oliveira (2001, p. 118) as necessidades de domínio sobre a situação sanitária, posta pela economia agroexportadora, impuseram iniciativas de controle higiênico, sobre tudo o que se impusesse à sua frente, incluindo as classes subalternas.

Nessa época efetivamente se desenvolveram os medicamentos e as vacinas que tivessem a capacidade de conter as doenças, principalmente as infectocontagiosas, que ocorriam em grande escala e que segundo fontes oficiais, comprometiam as exportações e a balança comercial.

Conforme Smeke e Oliveira (2001, p. 118)

[...] a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz, adotou medidas de controle de enfermidades (febre amarela, peste, varíola, tuberculose, sífilis, entre outras), mediante a vacinação compulsória, da vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres, da normatização arquitetônica do espaço urbano e dos portos.

Portanto, o sistema de saúde brasileiro nessa época tinha um caráter de mudanças bastante significativas e dinâmicas, mas não podemos deixar de perceber o aspecto também levantado pelas autoras no sentido das ações serem de cunho autoritário e dirigido às classes subalternas.

Conforme Mendes (1999, p. 19) “o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar nos anos 80, ao projeto neoliberal”.

Assim a população brasileira eminentemente voltada para a atividade rural, viu surgir

durante essa década uma mudança bastante radical na economia do país; o Brasil passou de uma atividade predominantemente rural, onde as pessoas moravam em pequenas comunidades cuidavam de seus filhos e familiares idosos, mantinham uma renda que tiravam do trabalho no campo, para um processo de industrialização crescente, onde as grandes empresas instalaram suas fábricas e no entorno delas os operários montavam as suas moradias, com um êxodo especialmente para os grandes centros em busca de melhores condições de vida e saúde.

A expectativa era grande em relação à qualidade de vida, o sonho não demoraria a mostrar a dura realidade. Formaram-se os grandes conglomerados urbanos e com eles os problemas com os quais convivemos até os nossos dias, amontoados de casas, sem urbanização e sem condições de morar saudavelmente. Essa vinda para as cidades evidenciou um dos fatores que acarretou nas pessoas uma forte mudança de perspectiva, buscando principalmente habitação, emprego, saúde e educação, sem ter, entretanto, a contrapartida do governo para a chegada e atendimento das necessidades dessa população.

Ainda em Smeke e Oliveira (2001, p. 120) as práticas sociais dos sujeitos que se vêm constituindo acentuam características, também na saúde, de aproximação entre vida e ciência - e seu produto - a tecnologia, de valorização da cidade e da fábrica, do indivíduo e do consumo e de desqualificação do campo, da agricultura e da vida associativa. Temos, então terreno fértil para a hegemonização do conceito de saúde como capacidade de consumo de tecnologia por meio da assistência médica.

Portanto os trabalhadores rurais que buscavam um trabalho, na maioria das vezes sem capacitação para desenvolver aquele trabalho específico, ficavam a margem do atendimento e dos direitos trabalhistas oferecidos à época.

As grandes cidades do país recebiam essa população sem estrutura nenhuma de saneamento básico, escolas, postos de saúde evidenciando uma grave crise social e econômica, principalmente da previdência social.

Mendes (1999, p. 19) nos diz que:

[...] no início dos anos 90, tendo como pano de fundo uma profunda crise econômica e política, apresentavam-se, na arena sanitária brasileira, dois projetos alternativos em permanente tensão: um portador de nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária.

Apesar de todo debate sobre o sistema de saúde vigente no Brasil, este ainda era todo centrado no atendimento hospitalar e na cura de doenças, pois tinha o reforço da Previdência Social, que empenhava grandes recursos na construção de hospitais e pagava seus serviços por produção. O governo não tinha efetivamente um controle dos gastos com saúde

ocasionando um déficit sem precedentes na história do país.

Assim Smeke e Oliveira (2001) nos trazem que durante o período do regime militar, com o fechamento das instituições, o aprofundamento das relações sociais capitalistas de produção promovidos pelos militares, a diminuição de gastos com políticas sociais e a expansão dos serviços médicos privados, que acentuam a mercantilização da doença, encontram-se espaços institucionais limitados para a Educação em Saúde desenvolver suas atividades, como é o caso do planejamento familiar.

Nesse clima de mudanças, discussões e reformas conforme Derntl e Watanabe (2004, p. 38),

[...] realizou-se a nível internacional a Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa no Canadá em 1986, organizada pela Organização Mundial da Saúde-OMS, pela Associação Canadense de Saúde Pública e pelo Ministério da Saúde e Bem-estar Social do Canadá, que reuniu 200 delegados de 38 países membros que aprovaram a conhecida “Carta”, considerada o documento mais importante para o marco de referência da Promoção da Saúde porque, não só assentaram as bases doutrinárias da Promoção da Saúde como se abriu o caminho para passar da retórica à ação.

Foi um importante fato para as mudanças que se evidenciavam no sistema de saúde brasileiro, vindo a modificar drasticamente o pensamento social da saúde pública em nosso país.

O contexto em meados dos anos 70/80 é propício as mudanças e no Brasil não são diferentes; o país viu surgir com bastante ímpeto um movimento de intelectuais ligados a diversas áreas e profissionais que estavam preocupados em discutir e estabelecer uma proposta mais ampla para a saúde, esse grupo autodenominou-se Movimento da Reforma Sanitária, e a partir dele as discussões e debates surgiram numa tentativa de mudar o estado das coisas como elas se apresentavam.

O grupo juntamente com a sociedade civil organizada, os sindicatos e os movimentos populares, elaboraram diretrizes de uma proposta de saúde que fosse mais abrangente, que olhasse o indivíduo dentro de seu contexto social, econômico e cultural, passando assim da perspectiva de atendimento individual para uma perspectiva coletiva. O movimento praticamente assentou as raízes do sistema de saúde público brasileiro, dando-lhe um novo ânimo, uma nova vida.

Dentre esses pesquisadores um teve importância crucial no pensamento da reforma, pode-se dizer que foi um dos grandes idealizadores da Reforma Sanitária, Mendes (1999, p. 42-43) que nos traz a seguinte reflexão acerca dos três aspectos fundamentais da reforma:

a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas;

erige a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Para que isso possa ocorrer, define o Estado, enquanto regulador público, como responsável pela garantia desse direito de cidadania;

elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais à universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

Ficava aí estabelecido o caráter do Sistema Único de Saúde, como um grande plano para atendimento da população e com uma profunda mudança nas suas bases de compreensão e prática nas ações de saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde, especialmente a VIII, tiveram um importante papel nos desdobramentos e na discussão acerca de trabalhos técnicos desenvolvidos pelas comissões do Movimento de Reforma Sanitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um marco histórico na saúde do país, e o seu tema “a saúde como direito de todos e dever do Estado” foi posteriormente incorporado a Constituição de 1988.

Segundo Mendes (1999, p. 62),

[...] a Conferência teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos, desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que passou, com sua doutrina, expressa em seu relatório final, a constituir-se no instrumento que viria a influir de forma determinante em dois processos que se iniciaram, concomitantemente, em 1987:

no Executivo, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS;

no Congresso Nacional, a elaboração da nova Constituição Federal.

Assim neste contexto surgem no país várias iniciativas de grupos, associações e de universidades que propunham os temas ou levantavam as bandeiras e discussões/questionamentos acerca da integralidade da saúde; um importante germe de discussões foi à criação do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que além de sistematizarem as produções científicas aumentaram e socializaram o âmbito das discussões sobre o tema.

Nesse clima de expectativas e mudanças tiveram início vários movimentos populares, dentre eles o movimento pelo fim da ditadura militar, já que esse modelo político se esgotava e conseqüentemente atingia as ações do governo, não comportando mais as antigas práticas de saúde. Assim o governo na tentativa de implementar o sistema de saúde propôs muitos Programas e Planos, gestados em gabinetes dos ministérios, que foram testados sem o pleno sucesso, alguns ainda ajudaram a delinear o atual sistema de saúde.

Para Vasconcelos (2001, p. 98)

[...] foram precisos cinquenta anos de convivência com as contradições do modelo curativo individual exclusivo, trazido pela Previdência Social, para que os movimentos sociais e o movimento dos profissionais de saúde amadurecessem um projeto conjunto: um sistema de saúde unificado, hierarquizado, com valorização de ações preventivas e coletivas não restritas às dimensões biológicas das doenças. O SUS é uma resposta parcial a essa demanda.

Portanto o Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por um conjunto de unidades, serviços e ações voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, todas prestadas por instituições públicas ou privadas conveniadas.

O mesmo constituiu-se na política nacional de saúde estabelecida pelo governo e sua execução e responsabilidade está regida pelos governos a âmbito federal, estadual e municipal, e prevê ainda a participação da sociedade civil, através de seus conselhos.

Os princípios doutrinários do SUS compreendem os âmbitos da:

Universalidade que garante ao cidadão acesso pleno aos serviços;

Equidade que seria o respeito às necessidades de saúde de cada caso, garantindo o atendimento em todos os serviços e em igualdade de condições;

Integralidade que deve garantir o atendimento da população como um todo.

Dentro desse conceito abrangente de saúde os princípios organizativos são de extrema importância, pois para a efetiva concretização dessas ações é preciso orientar a:

Regionalização: que prevê a distribuição de serviços em determinada região, levando em conta a capacidade da mesma em atender a população, organizando e definindo a área geográfica e delimitando a população a ser atendida;

Resolutividade: para que o serviço seja efetivo, ele deve resolver em seu nível de competência as necessidades da população atendida, sejam as mesmas de caráter individual ou coletivo;

Descentralização: dentro desse princípio organizativo o poder de decisão é distribuído, os recursos e as competências cabem aos respectivos governos, municipal, estadual e federal;

Complementaridade do setor privado: assim como para outros serviços, Constituição Federal define que o setor privado pode ser contratado quando for necessário e não houver a oferta pública necessária para o atendimento daquela população;

Participação dos cidadãos: o cidadão tem garantido através de suas entidades representativas, a participação no processo de formulação das políticas de saúde. Através do controle social o mesmo pode exigir a execução em todos os níveis, do atendimento às necessidades de saúde da população.

Hierarquização: para uma implementação efetiva os serviços devem ser organizados em nível crescente de complexidade, correspondendo a divisão dos mesmos em níveis de atenção primária, secundária e terciária.

O SUS como serviço de saúde abrangente e nacional também inclui o atendimento, dentre outros, a população idosa, que tem garantido no Estatuto do Idoso o acesso aos serviços e a prioridade no atendimento.

Para que o trabalho se efetive, o SUS prioriza as questões ao nível de prevenção, onde o idoso tem direito a participação em grupos terapêuticos e outros com caráter educativo/e ou informativo; mas as ações de cunho curativo também oportunizam o acompanhamento dos idosos, já que os profissionais trabalham principalmente nas visitas domiciliares e na busca ativa aos hipertensos e diabéticos ou que apresentam alguma necessidade especial de atendimento.

As campanhas de vacinação direcionadas aos idosos são um momento importante de contato direto com os idosos e seus familiares e também para manutenção de vínculo com o serviço de saúde, podendo-se considerar que o vínculo é um fator de máxima importância para o desenvolvimento e acompanhamento da saúde desse idoso.

Segundo Derntl e Watanabe (2004) o enfoque da Promoção da Saúde possibilita identificar seis princípios relativos à saúde dos idosos:

A velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida;

A maioria das pessoas de 60 anos ou mais estão em boas condições físicas e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de se recuperar das doenças rapidamente e de forma completa tornando-se mais debilitados e propensos a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal;

Pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde;

Do ponto de vista social e psicológico, as pessoas são mais heterogêneas que os jovens;

A Promoção da Saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades;

Muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde.

Infelizmente no Brasil, o modelo assistencial de saúde vigente é, prioritariamente voltado e centrado para as práticas médicas, os atendimentos baseiam-se especialmente nos exames de alta complexidade, nas internações e cirurgias que estão, ligadas às abordagens biologicistas e individuais, em detrimento da promoção da saúde como um todo.

Apesar do esforço coletivo de muitos profissionais competentes, ainda é difícil essa mudança de enfoque, parece-nos que é mais fácil trabalhar na ótica curativista, atendendo a números e não pessoas.

O Programa de Saúde da Família (PSF), inserido no contexto do SUS, vem então, como uma tentativa de “olhar” a pessoa inserida em seu meio cultural e social, reestruturando o modelo assistencial vigente, passando a priorizar as ações de cunho preventivo e de promoção à saúde dos indivíduos e sua família, respeitando as características da comunidade do grupo atendido.

Conforme nos trazem Silvestre e Costa Neto (2003) a Estratégia de Saúde da Família assume competências e habilidades no que diz respeito à saúde do idoso no nível de atenção básica:

Promovendo a saúde do idoso com capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável;

Prevenir e monitorar as doenças prevalentes na população idosa: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica e o monitoramento das doenças prevalentes na população idosa;

Identificar os agravos e a recuperação da saúde do idoso com capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos principais problemas da pessoa idosa.

Como podemos observar as questões abordadas são pertinentes e exigem uma resposta urgente, principalmente em se tratando da população idosa, que ao longo dos anos foi preterida em função de outras necessidades do país.

Os idosos quando são acompanhados pela equipe de Saúde da Família tem uma maior possibilidade de receberem proteção e de participarem de atividades de promoção de sua saúde, pois o acompanhamento de seus agravos e a identificação precoce dos mesmos, facilita o tratamento e ameniza os sintomas quando estes aparecem.

Ainda segundo Silvestre e Costa Neto (2003, p. 844),

[...] a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com os seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele.

Considerando os aspectos aqui levantados percebemos a importância do entrosamento da família e da equipe, pois um trabalho conjunto pode minimizar os riscos e trabalhar questões como educação em saúde, estimulando a participação popular, levantando temas como direitos e cidadania da população em geral e especialmente dos idosos, no que diz respeito ao seu local de moradia e participação na comunidade.

Silvestre e Costa Neto (2003, p. 846) observam que “os cuidados para uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, com uma expectativa de vida ativa máxima possível, junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia máxima possíveis”.

Portanto o PSF deve pensar e fazer saúde de uma forma diferente, uma lógica que não atenda somente a estrutura hegemônica do modelo assistencial curativo e dependente de hospitais, exames complexos e laboratórios; deve sim buscar estimular a participação social e em contrapartida oferecer serviços qualificados a população.

Considerando a importância estratégica que o PSF tem para o atendimento ao idoso, achamos muito oportuno divulgar as tecnologias que profissionais vem desenvolvendo ao longo dos anos nos seus postos de trabalho na comunidade, portanto a socialização destas é sem sombra de dúvidas uma forma de melhor atender esses idosos e suas famílias.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 A produção científica sobre “velhice” no Brasil

Quando analisamos os trabalhos publicados, buscamos identificar dentro desse universo o eixo de discussão na perspectiva da família cuidadora/provedora; obviamente que muitos trabalhos refletem a questão da família, mas não como eixo principal; na leitura dos trabalhos percebe-se claramente que a família tem o seu papel de cuidadora, às vezes de provedora, mas os trabalhos não apresentam propostas concretas para integrar esse cuidado com as possibilidades que poderiam favorecer a integração do profissional que atende esse idoso com a comunidade onde ele vive.

Observa-se que mesmo aqueles que tratam da saúde da família como estratégica, são prescritivos na forma de encaminhar propostas para o cuidado do idoso, como se este fosse o único caminho possível, medicalizando a fase idosa. Apesar desse aspecto que poderíamos considerar negativo, observa-se uma proposição de mudança desse paradigma.

Portanto nas leituras realizadas, muitas categorias ou eixos temáticos são alvo de reflexão dos autores selecionados, entretanto, quatro destes eixos, a nosso ver, predominaram nas discussões:

- 1) Aspectos fisiológicos do envelhecimento humano
- 2) Aspectos epidemiológicos do envelhecimento humano
- 3) Qualidade de vida
- 4) Apoio social ao idoso e família

É importante salientar que, mesmo fazendo estas escolhas nestes eixos, não queremos dizer, que ao falar dos aspectos fisiológicos, por exemplo, os autores também não situam os outros eixos em seus trabalhos. Mas é evidente que o eixo temático de um texto é aquele que direciona as reflexões, o debate e a análise final ou o mais importante da produção analisada.

No quadro 1, selecionamos os eixos temáticos e os artigos que mais foram objeto de análise dos pesquisadores. No quadro 2 listamos os periódicos onde estão publicados os artigos referidos.

EIXOS TEMÁTICOS:	ARTIGOS:
-------------------------	-----------------

1. Aspectos fisiológicos do envelhecimento humano - 41 artigos.	1. Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. 40 2. Trauma no idoso. 43 3. Protocolo de pesquisa: avaliação do tratamento restaurador atraumático em pacientes idosos. 24 4. Análise de taxa metabólica basal e composição corporal de idosos do sexo masculino antes e seis meses após exercícios de resistência. 38 5. Perda auditiva e hipertensão: achados em um grupo de idosos. 39 6. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. 42 7. <i>Delirium</i> e demência no idoso: existem fatores de risco comuns? 47 8. Sono e envelhecimento. 48 9. Sonolência excessiva diurna e uso de hipnóticos em idosos. 47 10. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. 47 11. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, RJ. 09 12. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. 09 13. Peculiaridades no pós-operatório de cirurgia cardíaca no paciente idoso. 30 14. O sistema respiratório e o idoso: implicações anestésicas. 30 15. Validade da rotina de realização do eletrocardiograma na avaliação pré-operatória de idosos. 30 16. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. 35 17. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. 35 18. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. 54 19. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. 54 20. Tétano na população geriátrica: problemática da saúde coletiva? 54 21. Tuberculose no idoso: análise do conceito. 54 22. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. 54 23. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. 34 24. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. 16 25. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. 16 26. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. 16 27. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. 16 28. Utilização da artéria radial como segundo enxerto arterial em pacientes acima de 70 anos. 11 29. O papel da vitamina C sobre as alterações orgânicas no idoso. 45 30. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. 45 31. Aplicação do teste de lateralização sonora em idosos. 28
---	--

	<p>32. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. 49</p> <p>33. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. 49</p> <p>34. Uso de medicamentos por idosos em região sul do Brasil. 49</p> <p>35. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. 49</p> <p>36. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. 49</p> <p>37. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. 15</p> <p>38. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projeto Bambuí e Belo Horizonte). 15</p> <p>39. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. 15</p> <p>40. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. 54</p> <p>41. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. 15</p>
2. Aspectos epidemiológicos do envelhecimento - 44 artigos.	<p>1. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? 40</p> <p>2. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. 43</p> <p>3. Estudo de confiabilidade da versão em português de uma entrevista estruturada para o diagnóstico de demência. 43</p> <p>4. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. 43</p> <p>5. Perfil do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. 39</p> <p>6. Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. 40</p> <p>7. Estado nutricional e fatores associados em idosos. 43</p> <p>8. Eventos adversos após vacinação contra influenza em idosos, Distrito de Campinas, SP, 2000. 44</p> <p>9. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. 44</p> <p>10. Triagem auditiva em idosos: comparação entre auto-relato e audiometria. 39</p> <p>11. Maus-tratos contra idosos no Município de Camaragibe, Pernambuco. 42</p> <p>12. Diferentes padronizações do teste da caminhada de seis minutos como método para mensuração da capacidade de exercício de idosos com e sem cardiopatia clinicamente evidente. 05</p> <p>13. Doenças cardiovasculares na população idosa: análise do comportamento da mortalidade em Município da Região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. 05</p> <p>14. Epidemiologia e serviços de saúde. 15</p> <p>15. Estudo longitudinal de um programa de reabilitação neuropsicológica dirigido a pacientes com doença de Alzheimer. 09</p> <p>16. Mortalidade por causas externas na população idosa residente em Município da região sul do Brasil. 54</p> <p>17. Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. 54</p> <p>18. Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no Município de Ribeirão Preto-SP, em 1998. 54</p> <p>19. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. 54</p> <p>20. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e</p>

	acompanhante de adulto e idoso. 54
	21. Análise da produção científica dos enfermeiros de Minas Gerais publicada em periódicos de enfermagem. 54
	22. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. 34
	23. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. 16
	24. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores temas e tendências. 16
	25. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. 45
	26. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. 49
	27. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. 49
	28. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. 49
	29. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. 49
	30. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. 49
	31. Fatores associados à vacinação contra influenza em idosos em Município do Sudeste do Brasil. 49
	32. Fatores associados ao hábito de fumar entre idosos (Projeto Bambuí). 49
	33. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. 49
	34. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. 49
	35. Estudo de seguimento por dois anos de idosos residente em São Paulo, Brasil: metodologia e resultados preliminares. 49
	36. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. 15
	37. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. 15
	38. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. 15
	39. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 15
	40. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. 49
	41. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 57
	42. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. 49
	43. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. 40
	44. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria. Revisão da literatura. 54
3. Qualidade de vida do idoso - 22 artigos.	1. A definição dos idosos de qualidade de vida. 40
	2. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. 40
	3. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. 59

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. 48 5. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. 54 6. A velhice, entre o normal e o patológico. 17 7. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. 57 8. Representações sociais do envelhecimento. 57 9. Ativação dos modelos mentais no recontar de histórias por idosos. 58 10. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. 54 11. Aspectos de saúde em adultos acima de 80 anos que vivem de maneira independente na comunidade: uma perspectiva Australiana. 54 12. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. 54 13. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. 54 14. Implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. 54 15. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. 54 16. Qualidade de vida na terceira Idade: um conceito subjetivo. 34 17. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. 45 18. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. 45 19. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. 49 20. Integração entre gerações na promoção da saúde: estudo qualitativo no Brasil. 49 21. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. 49 22. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. 15
4. Apoio social ao idoso e família-22 artigos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. 15 2. A interação/atuação da Equipe do Programa de saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. 55 3. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. 15 4. Formação gerontológica do técnico em Enfermagem: uma abordagem cultural. 54 5. A Política Nacional de Atenção ao Idoso e a capacitação dos profissionais de Enfermagem. 54 6. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. 18 7. Idosos em cena: falas do adoecer. 18 8. Os idosos e as instituições asilares do Município de Campinas. 54 9. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. 54 10. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. 54 11. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e as dificuldades para o

	autocuidado no início da doença. 54
	12. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. 54
	13. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. 54
	14. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. 54
	15. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. 54
	16. Apoio social e saúde entre idosos. 56
	17. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. 56
	18. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. 49
	19. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. 49
	20. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. 49
	21. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. 15
	22. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. 15

Quadro 1 - Eixos temáticos da Produção Científica sobre Velhice.

1. Acta Cirúrgica Brasileira
2. Acta Ortopédica Brasileira
3. Anais Brasileiros de Dermatologia
4. Anais da Academia Brasileira de Ciências
5. Arquivos Brasileiros de Cardiologia
6. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia
7. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia
8. Arquivos de Gastroenterologia
9. Arquivos de Neuro-Psiquiatria
10. Brazilian Dental Journal
11. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery
12. Brazilian Journal of Infectious Diseases
13. Brazilian Journal of Medical and Biological Research
14. Brazilian Oral Research
15. Cadernos de Saúde Pública
16. Ciência & Saúde Coletiva
17. História, Ciências, Saúde-Manguinhos
18. Interface - Comunicação, Saúde, Educação
19. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial
20. Jornal Brasileiro de Pneumologia
21. Jornal de Pediatria
22. Jornal de Pneumologia
23. Jornal Vascular Brasileiro
24. Journal of Applied Oral Science
25. Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology
26. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz
27. Pesquisa Odontológica Brasileira
28. Pró-Fono Revista de Atualização Científica
29. Radiologia Brasileira
30. Revista Brasileira de Anestesiologia
31. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas
32. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
33. Revista Brasileira de Coloproctologia

- 34.Revista Brasileira de Epidemiologia
- 35.Revista Brasileira de Fisioterapia
- 36.Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
- 37.Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
- 38.Revista Brasileira de Medicina do Esporte
- 39.Revista Brasileira de Otorrinolaringologia
- 40.Revista Brasileira de Psiquiatria
- 41.Revista Brasileira de Reumatologia
- 42.Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
- 43.Revista da Associação Médica Brasileira
- 44.Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
- 45.Revista de Nutrição
- 46.Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo
- 47.Revista de Psiquiatria Clínica
- 48.Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul
- 49.Revista de Saúde Pública
- 50.Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial
- 51.Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões
- 52.Revista do Hospital das Clínicas
- 53.Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo
- 54.Revista Latino-Americana de Enfermagem
- 55.Revista Saúde Coletiva
- 56.Sociologias
57. Psicologia USP
58. Psicologia Reflexão e Crítica
59. Psicologia teoria e Pesquisa

Quadro 2 - lista de periódicos da área da saúde.

5.1.1 Aspectos fisiológicos do envelhecimento humano

Neste eixo temático foram selecionados 41 artigos que abordam prioritariamente os aspectos do envelhecer humano, especialmente aqueles ligados as alterações fisiológicas do idoso.

Os artigos selecionados referentes a esse tema, caracterizam-se por apresentarem os aspectos ligados as patologias, seus principais sinais e sintomas e também ao tratamento dispensado aos idosos portadores das mesmas. Muitos são escritos por profissionais que estão na assistência direta a esse idoso, tendo uma característica de relato de experiências.

Este primeiro eixo temático esta vinculado a artigos de caráter bibliográfico descritivo-explicativo e narrativo associado a pesquisas quanti-qualitativas. Embora em nível nacional, os achados de outras pesquisas ressaltem a escolha qualitativa nos estudos sobre envelhecimento humano, em função da possibilidade que estes estudos oferecem de evidenciar os sentimentos e comportamentos de idosos, familiares e cuidadores; ainda são as pesquisas quantitativas associadas a uma análise qualitativa, que permeiam o processo de

reflexão sobre o idoso (MOREIRA et al, 2006).

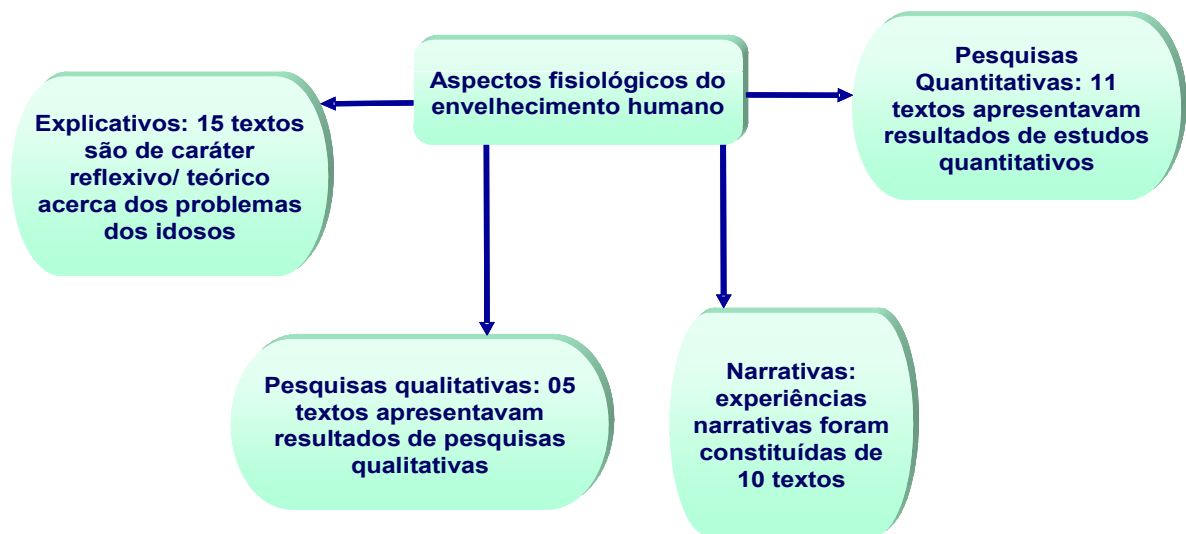


Figura 1 - Tipos de texto

Nos textos as estruturas discursivas têm uma correlação intensa, mostrando que a velhice pode ser “ruim” se avaliarmos a fragilidade do idoso frente às ações negativas advindas do ambiente e das pessoas com quem convive (MONTANHOLI et al, 2006).

No dicionário de base elaborado após as leituras dos textos, as expressões-chave que indicam os problemas debatidos no eixo temático deste tópico estão relacionadas na figura 2 a seguir:

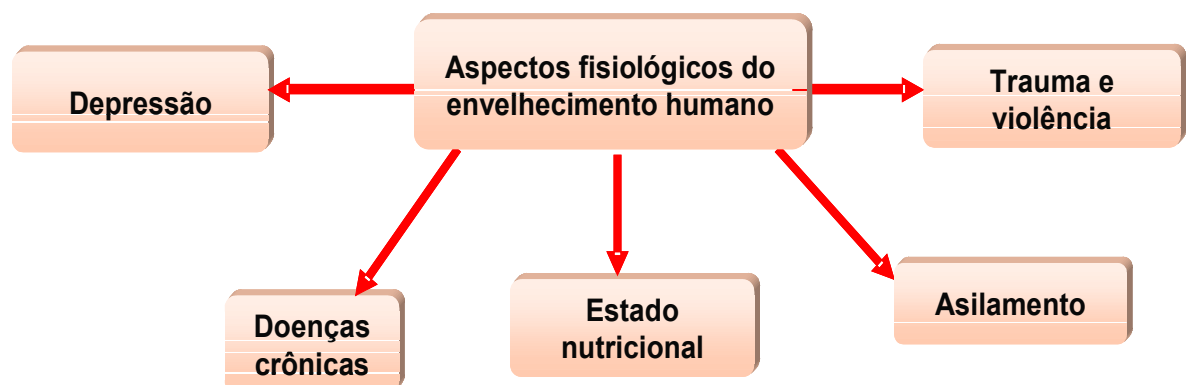


Figura 2 - Dicionário de base

Observando os trabalhos, percebe-se que uma grande parte está voltada para

investigação de sintomas depressivos, e o pior desempenho cognitivo decorrente deste quadro. Na opinião dos autores, a uma forte relação dessa alteração com a institucionalização, o que, segundo os mesmos, reforçaria os aspectos clínicos da demência senil e o isolamento social nos quais os idosos tendem a permanecer quando em situação de asilamento, levando assim a uma exacerbação desses sintomas.

Alguns trabalhos revelam ainda a baixa escolaridade e o sexo feminino como tendo uma maior tendência para apresentar essa doença. O trauma também segundo autores, responde por uma elevada taxa de mortalidade e de morbidade entre idosos, pois é um fator que pode levar a uma diminuição da vida ativa e de entrosamento mais saudável entre os pares, colaborando para reforçar os aspectos de dependência e sintomas depressivos. Junta-se a esses fatores as características fisiológicas próprias do envelhecimento e que os autores relatam em seus trabalhos como as perdas visuais e auditivas favorecendo o pior entrosamento, concorrendo para um aumento do risco para baixo desempenho cognitivo e afetivo.

Outro aspecto importante revelado é o uso que é feito muitas vezes de forma indiscriminada, abusiva e ainda em grande quantidade de medicamentos utilizados pelos idosos, caracterizando o que os autores chamam de ‘polifarmácia’. Segundo alguns trabalhos as orientações feitas aos idosos muitas vezes não atingem seus objetivos facilitando a prática da automedicação, ocorrendo também esse fato por motivos econômicos e pela facilidade encontrada atualmente de se adquirir medicamentos sem a devida receita médica.

As modificações fisiológicas inerentes ao envelhecimento na maioria das vezes alteram a composição corporal, o índice de gordura, a massa muscular, propiciando a diminuição das funções de metabolismo e excreção dos fármacos, tornando os idosos mais suscetíveis aos efeitos adversos dos medicamentos.

Conforme os trabalhos analisado este é um dos aspectos que mais preocupa os profissionais e os cuidadores dos idosos, pela gravidade das lesões ou situações que advém dessa prática. As doenças crônicas são apontadas como um fator importante de aumento de mortalidade e morbidade na população em geral, sendo que nos idosos essa tendência pode estar aumentada levando a incapacidade e dependência.

Dentre as doenças crônicas, em especial as cardíacas podem ser apontadas como as mais prevalentes dessa faixa etária, o que leva, segundo os estudiosos a um grande aumento nos custos hospitalares e ambulatoriais para o tratamento e recuperação das mesmas; os trabalhos apontam para a necessidade de promoção e educação para a saúde, justamente com o intuito de diminuir o impacto de ordem social e econômica que isso acarreta.

Os cuidadores também são preocupação das equipes de pesquisadores, pois os mesmos também podem sofrer agravos tanto físicos quanto psicológicos inerentes a profissão.

Neri (1993) destaca que o desempenho das tarefas de cuidado na verdade exige um “nível ótimo” de energia para se responder às pressões dele decorrentes. O cuidador pode sentir prazer e conforto quando se envolve ativamente em suas tarefas e consegue bons resultados e também pode sentir-se tenso, angustiado e sobrecarregado enquanto não atinge seus objetivos.

Poderíamos ainda destacar os artigos que abordam os aspectos nutricionais dos idosos, enfatizando o caráter prescritivo dos mesmos, o que o idoso deve comer, qual a melhor forma de alimentação e as questões de obesidade entre os idosos. Os trabalhos sobre saúde bucal, também tiveram caráter de demonstração de dados, com está a saúde bucal e quais as possibilidades para o idoso que necessita de atendimento, embora reconhecendo as grandes limitações dessa prática.

Tudo isto fica evidenciado quando olhamos a figura 3 abaixo com as estruturas discursivas e as pessoas que mais escrevem sobre estes temas.



Figura 3 - Estruturas discursivas

No gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais, poderíamos resumir este eixo temático da seguinte forma (Figura 4):

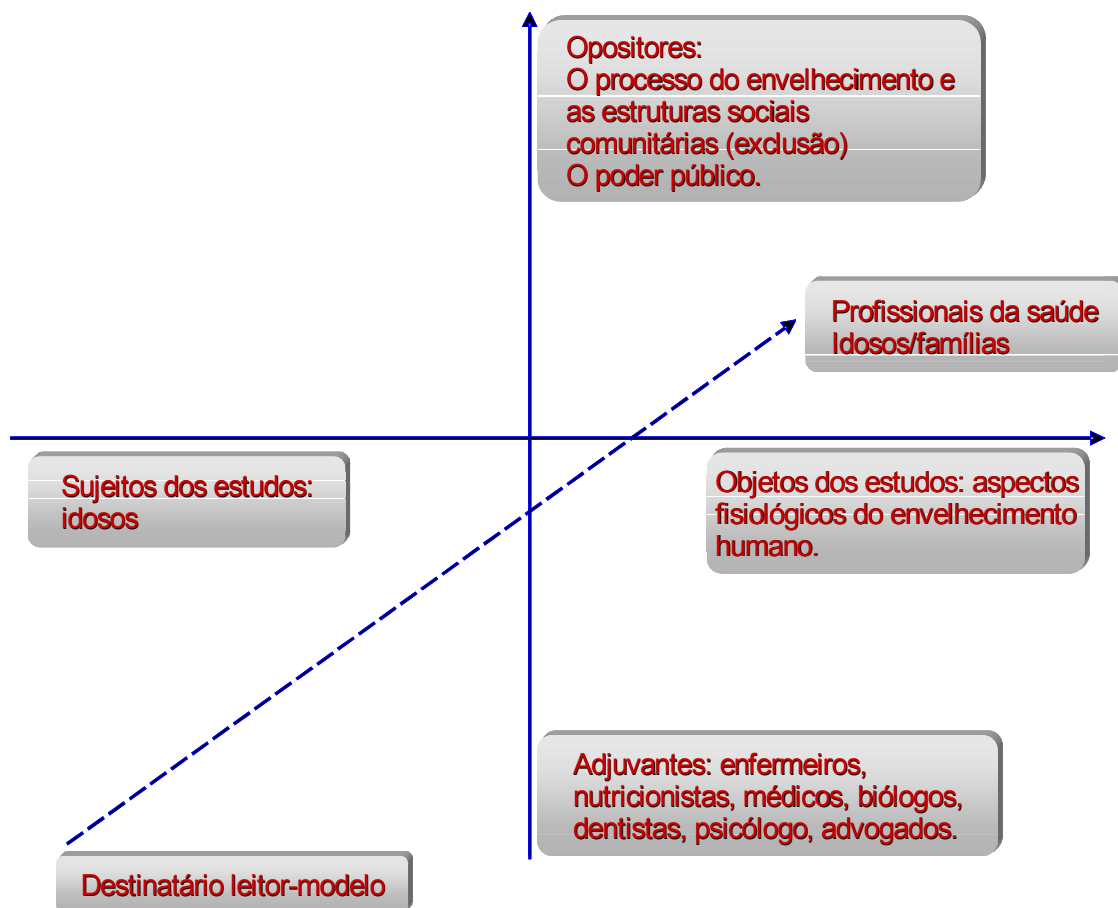


Figura 4 – Gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais

Ao final o leitor modelo (Figura 5) a quem os autores se dirigem, são seus próprios pares representados pelos mesmos profissionais que escreveram os artigos analisados. Mas também, se possível, a família e os idosos também podem ser os leitores-modelos. Só que para isto ocorrer, tanto a família, quanto o idoso deveriam ter acesso as informações destes textos de uma forma clara (linguagem) e democrática.



Figura 5 – Leitor modelo

Estes dois focos são importantes porque revelam que a saúde e o direito ainda são as necessidades prioritárias de quem envelhece, segundo o olhar dos autores.

A ascensão das doenças crônicas na vida das pessoas caminha a passos largos no cotidiano do viver humano e o enfrentamento destas esbarra na oferta de serviços adequados, bem como na compreensão dos direitos que os idosos (assim como qualquer pessoa de outras faixas etárias) tem, de garantias das suas necessidades de ser cuidado e assistido com qualidade e humanidade (BOFF, 1999).

5.1.2 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento

Os artigos analisados sob esta ótica abrangeram um universo de 44 textos, sendo que os temas mais prevalentes foram relacionados com os aspectos dos transtornos mentais, os déficits cognitivos e as suas implicações para a qualidade de vida do idoso; aspectos relativos à nutrição de idosos e a hospitalização como sendo um problema a mais para ser pensado, também tiveram significativa importância nos estudos.

Os métodos de delineamento transversal de base populacional, estudo descritivo de corte transversal, exploratório descritivo e inquérito (domiciliar ou hospitalar) foram os mais selecionados pelos pesquisadores para melhor demonstrar os aspectos que queriam ressaltar com a sua pesquisa. Uchôa; Firmo e Lima-Costa (2002) referem que estudos epidemiológicos são imprescindíveis para a identificação dos problemas prioritários, dos grupos de pessoas mais vulneráveis a esses problemas e dos fatores de proteção e risco que lhes são associados, de modo a orientar decisões relativas à distribuição de recursos e à definição de prioridades.

Apesar da literatura apontar os estudos epidemiológicos como o método menos utilizado pelos pesquisadores que trabalham saúde do idoso, nesta pesquisa mostrou-se o inverso, onde os estudos referidos foram importantes instrumentos utilizados pelos pesquisadores na área de saúde do idoso para delinear a maneira como estão vivendo, onde estão esses idosos e quais suas expectativas para esse período de suas vidas.

A natureza epidemiológica marcante dos trabalhos está expresso no dicionário de base, onde as expressões-chave delineiam o pensamento dos autores, revelando a suas escolhas (Figura 6):

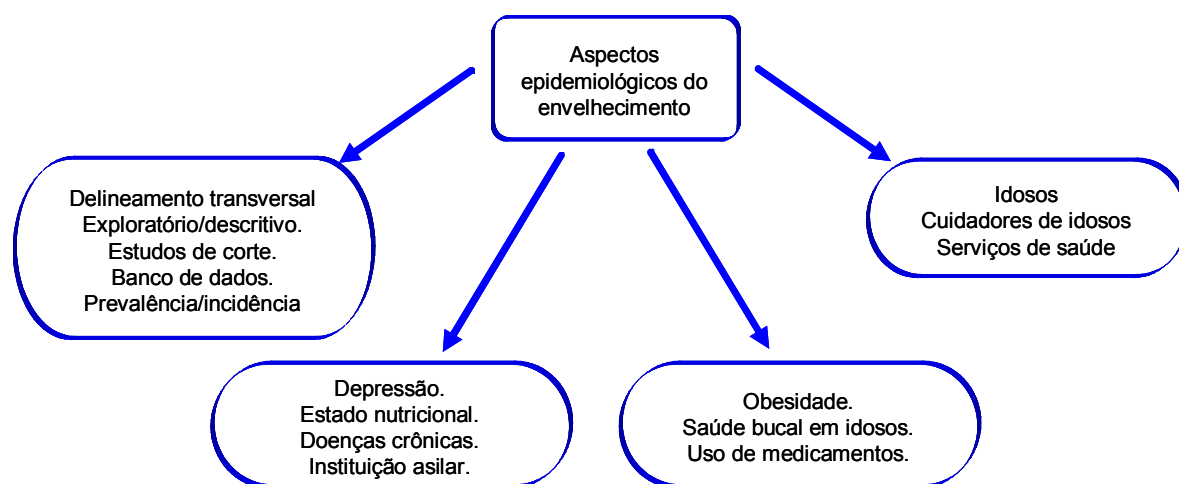


Figura 6 - Dicionário de base

Podemos observar nos trabalhos que os idosos que participaram dos estudos, em sua maioria encontravam-se participando ativamente de grupos da terceira idade, confirmando as pesquisas que idosos que participam de grupos tem uma atividade social e afetiva extremamente importante para manter suas capacidades cognitivas e atuantes. Está já consolidado que atividade física moderada é importante em qualquer faixa etária para redução da morbidade e mortalidade por doenças coronarianas e músculo-esqueléticas.

Outro aspecto levantado nos trabalhos é relacionado com as consultas médicas que esses idosos tendem a fazer, revelando que o sexo feminino é que mais procura por este tipo de atendimento, especialmente na rede pública de saúde, acompanhada ou não pelo principal cuidador.

Reforçando este aspecto Lima-Costa et al (2003) revelam que as condições de saúde da população idosa podem ser determinadas através dos seus perfis de morbidade e de mortalidade, de presença de déficits físicos e cognitivos e da utilização dos serviços de saúde, entre outros indicadores mais específicos.

As doenças como diabetes, hipertensão, cardíacas e depressão, parecem ser uma preocupação por parte dos profissionais e uma queixa constante dos idosos que procuram atendimento. O controle destas doenças é um ponto de extrema importância, pois sob influência dos sintomas depressivos, esse idoso poderá sofrer uma reclusão, com uma tendência ao isolamento social, aumento do déficit cognitivo e perda de auto-estima. Nos aspectos fisiológicos do envelhecimento humano também foram descritos os sinais e sintomas referentes a essas patologias, que segundo os pesquisadores atingem uma grande parcela da população mundial, e especialmente no caso dos idosos há um agravamento, seja porque não

é realizado o diagnóstico precoce ou ligado ao fato do abandono e asilamento desse idoso.

Assim, para Uchôa; Firmo e Lima-Costa (2002), para ultrapassar o estado atual de conhecimentos, é preciso levar-se em conta que o envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra. Essa diversidade de experiências nos convida a distinguir entre os elementos intrínsecos ao processo de envelhecimento e aqueles mais diretamente ligados às características do indivíduo, à dinâmica social e às políticas públicas vigentes.

Vários outros aspectos do envelhecimento foram listados nos trabalhos de natureza epidemiológica, como o impacto que as doenças crônicas exercem sobre essa população, especialmente as ligadas ao sistema circulatório ocasionando quedas, mobilidade prejudicada, desequilíbrio postural e as doenças cardíacas que são as mais prevalentes entre os idosos.

Portanto segundo Veras (2003), a população idosa é a que proporcionalmente consome mais serviços de saúde. No entanto o nosso sistema de atenção precário e desorganizado não cria as condições para que esses recursos sejam utilizados melhor e mais adequadamente.

Também os pesquisadores reforçam esses aspectos nos trabalhos, mostrando que as incapacidades para realizar as atividades rotineiras aumentam progressivamente com a idade em ambos os sexos. Podemos considerar os aspectos fisiológicos do envelhecimento abordados sob a forma de pesquisas epidemiológicas um aliado importante na formação de políticas públicas para o setor de saúde, de educação e lazer para a população em geral e especialmente para os idosos que se utilizam dos mesmos.

A figura 7 abaixo revela os autores que mais escreveram sobre esses temas e suas estruturas discursivas.

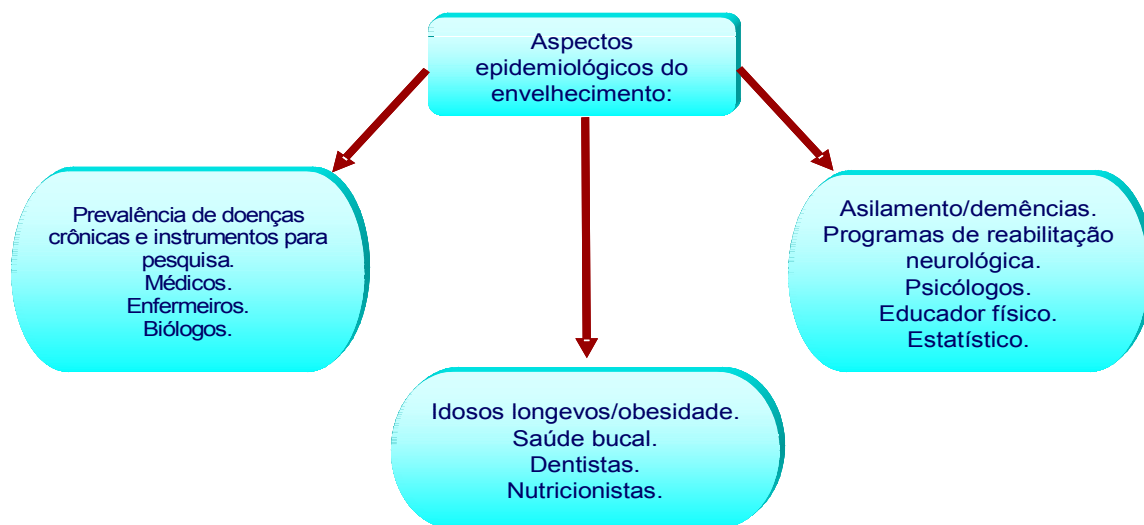


Figura 7 – Estruturas discursivas

No gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais, poderíamos resumir este eixo temático da seguinte forma (Figura 8):

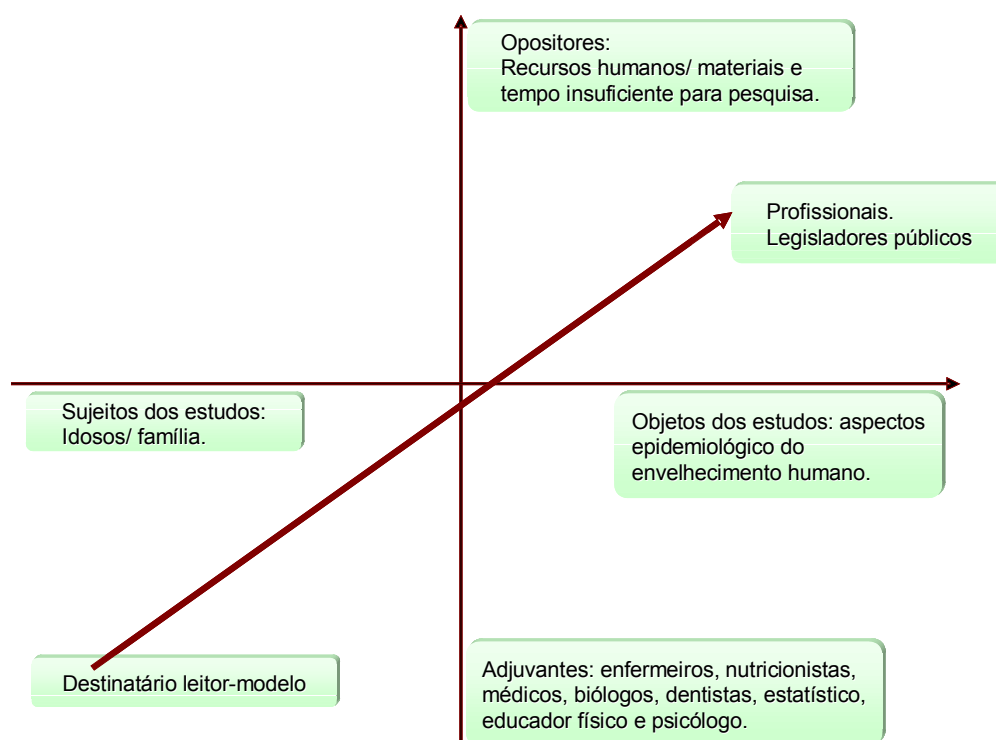


Figura 8 – Gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais.

O leitor-modelo, aquele a quem os textos se dirigem, estão resumidos na figura 9 abaixo; importante reforçar o possível uso dos estudos para criar políticas públicas de apoio ao idoso.

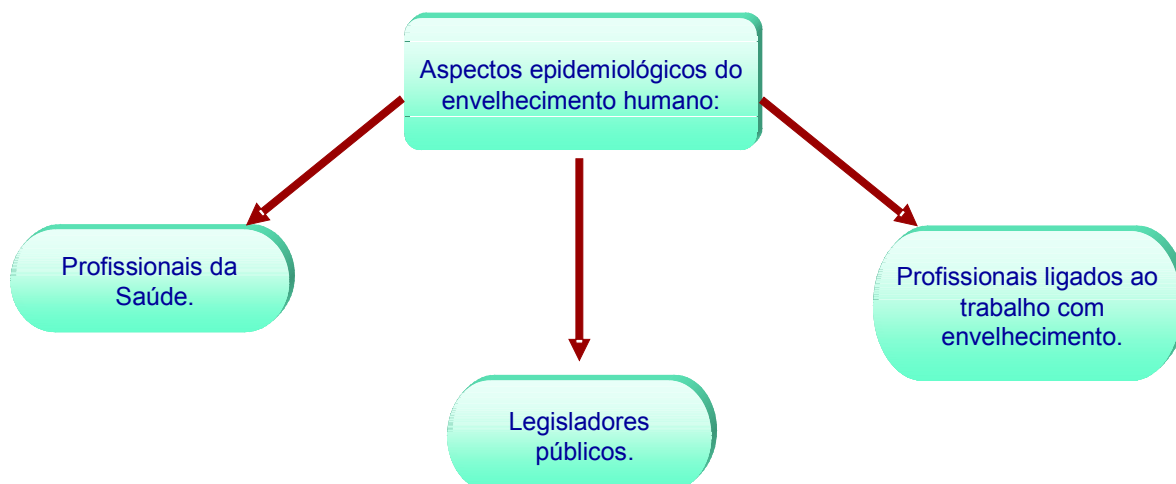


Figura 9 - Leitor-modelo

Quanto ao tipo de texto, os artigos analisados, são em sua maioria constituídos de pesquisas quantitativas, alguns com análise qualitativa. Poderíamos considerar que os autores

ainda estão fazendo um levantamento dos problemas que mais afetam os idosos brasileiros, dado o número expressivo de textos reflexivos e teóricos acerca do tema. Chama atenção os trabalhos com relatos de experiência, desenvolvidos por profissionais da assistência direta com o idoso, alguns desenvolvidos com pesquisadores de universidades. Conforme pesquisa desenvolvida por Diogo (2004), observa-se o maior número de trabalhos exploratórios descritivos, o que parece refletir o tipo de estudo da maioria das pesquisas publicadas nos periódicos de enfermagem nacionais, e ainda, a necessidade de se obter um “retrato” da realidade brasileira a respeito de nossos idosos e da prática de enfermagem geriátrica e gerontológica.

Na figura 10 a seguir um resumo dos tipos de textos desenvolvidos por estes pesquisadores.

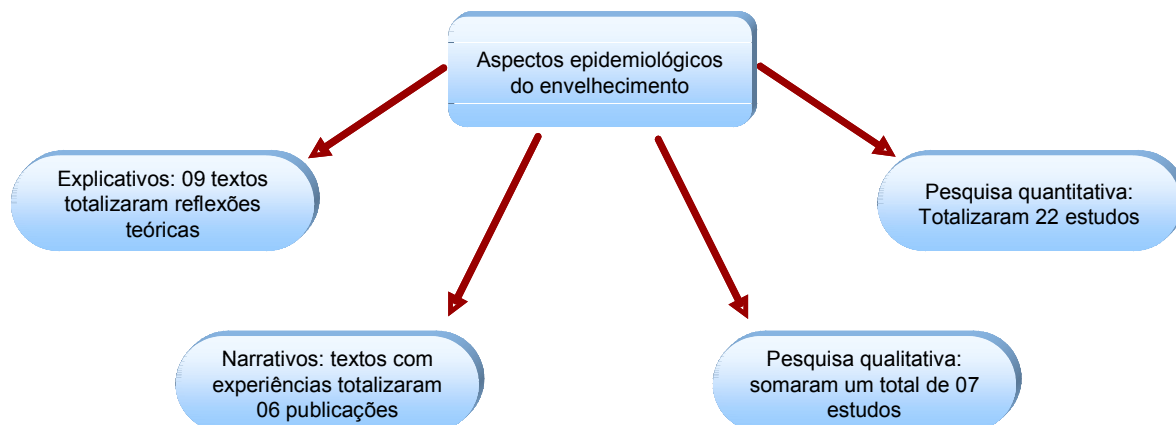


Figura 10 - Tipos de texto

5.1.3 Qualidade de vida do idoso

A qualidade de vida do idoso foi tema analisado em 22 textos selecionados para o estudo em questão. Os temas abrangeram vários aspectos na tentativa de elucidar essa que é uma das maiores aspirações da vida moderna: envelhecer bem e com qualidade.

Para Neri (1993), esta revela que identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar é tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências biológicas, da psicologia e das ciências sociais. A promoção da boa qualidade de vida na idade madura excede, entretanto os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural.

No presente estudo foi analisada uma pequena amostra, já que parece esse ser um dos temas mais abrangentes e complexos dos estudos sobre envelhecimento e qualidade de vida.

Nos trabalhos analisados sob este aspecto, foram feitas referências a definição de qualidade de vida a partir da ótica dos idosos, a partir de suas vivências e experiências de vida.

Segundo os trabalhos analisados, os aspectos ligados ao conceito de qualidade de vida estão ligados a perda de saúde, e em menor escala aos outros aspectos envolvidos nesta questão, entretanto este é um indicador insuficiente para determinar velhice bem sucedida.

Nos trabalhos muitos pesquisadores referem que contribuição dos fatores socioeconômicos e culturais a que estão submetidos os idosos tem uma grande influência na forma como esse idoso encaminha sua situação de vida, sendo que, sua capacidade de lidar

com a pluralidade de fatores adversos e situações novas, pode ser considerado, um aspecto positivo e um bom indicador de qualidade de vida. Outro tema que se apresentou com bastante propriedade foi os programas voltados para o atendimento da terceira idade em grupos terapêuticos ou de convivência, onde a abordagem de significados próprios dessa faixa etária e as motivações que os levaram a procurar o agrupamento, tornaram-se um instrumento importante de crescimento positivo detectado nas enquetes feitas pelos pesquisadores.

As investigações feitas acerca dos domínios físico, social e psicológico revelaram, segundo pesquisadores, que os idosos que participam de grupos desenvolvem melhor sua autonomia e condições de vida e saúde.

Na figura 11 abaixo mostramos uma síntese dos aspectos envolvidos em qualidade de vida e suas inter-relações:



Figura 11 – Indicadores de qualidade de vida na velhice

A perspectiva interdisciplinar do trabalho seja ele com qualquer grupo etário, no caso especial com idosos, demonstrou ser um importante método para orientar as atividades profissionais. Para Neri (1993), avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural.

Nos trabalhos apresentados os grupos formados e desenvolvidos dentro do Sistema Único de Saúde podem transformar-se em uma prática que supera o modelo biomédico de saúde, atendendo o indivíduo como um todo, nos seus aspectos biopsicosociais.

Os grupos desenvolvidos dentro do Sistema Único de Saúde ou ligados a instituições de ensino superior parecem se, no entender de vários pesquisadores, de extrema importância, pois remetem aos aspectos da prática com os idosos e buscam na literatura o embasamento

necessário para o melhor atendimento e compreensão desse idoso. Portanto a formação específica para o trabalho com idosos foi outro aspecto que os pesquisadores consideraram fundamentais, para Papaléo Netto (2002, p. 11),

[...] os múltiplos aspectos do processo de envelhecimento e da velhice justificam a noção já exposta de que o estado de saúde transcende os limites puramente biológicos, e mais, que no controle das doenças, o objetivo maior é a melhora da qualidade de vida. Para por pôr em prática este conhecimento é necessária uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, preferentemente realizada por uma equipe interdisciplinar.

No quadro abaixo o dicionário de base deixa clara a linha de pensamento desses autores.

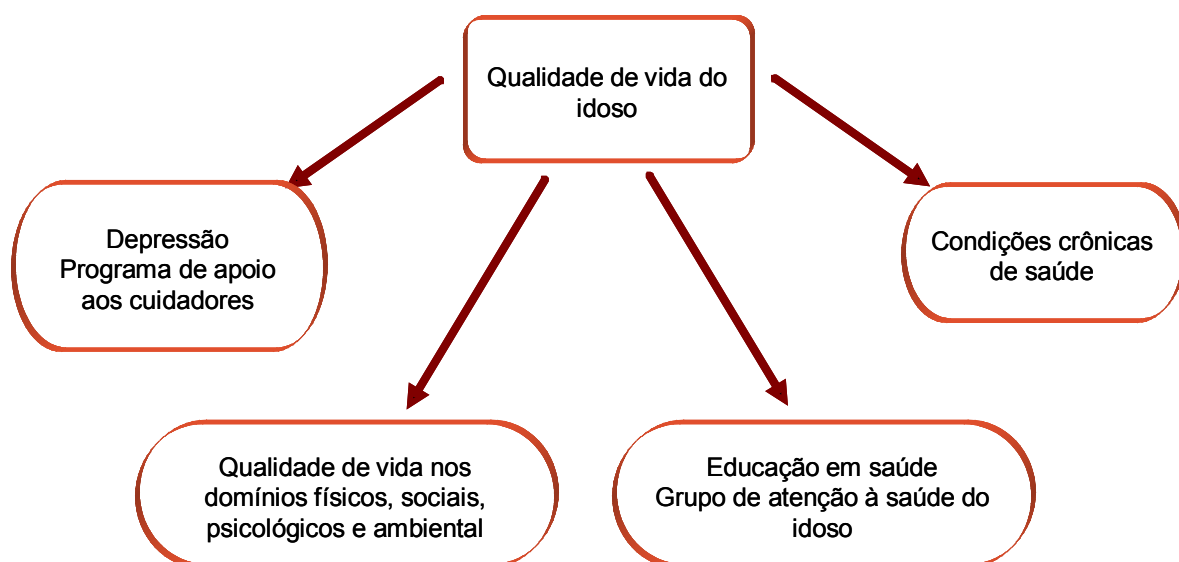


Figura 12 - Dicionário de base

Os autores dos trabalhos foram identificados como de várias categorias profissionais, reforçando o caráter multidisciplinar do trabalho com idosos, que na opinião dos mesmos é fundamental e imprescindível. Mas alertam que a condição de multidisciplinaridade por si só não garante um atendimento com essa característica. Entendem que é preciso que, haja uma mudança de paradigma, do atual estado onde olhamos o ser sob o aspecto biológico, em seus sistemas separados, para o olhar no todo, revelando desde os aspectos físicos, emocionais e os culturais.

Portanto a figura 13 dos autores corresponde em partes à expectativa dessa nova configuração que se espera para o atendimento a velhice.

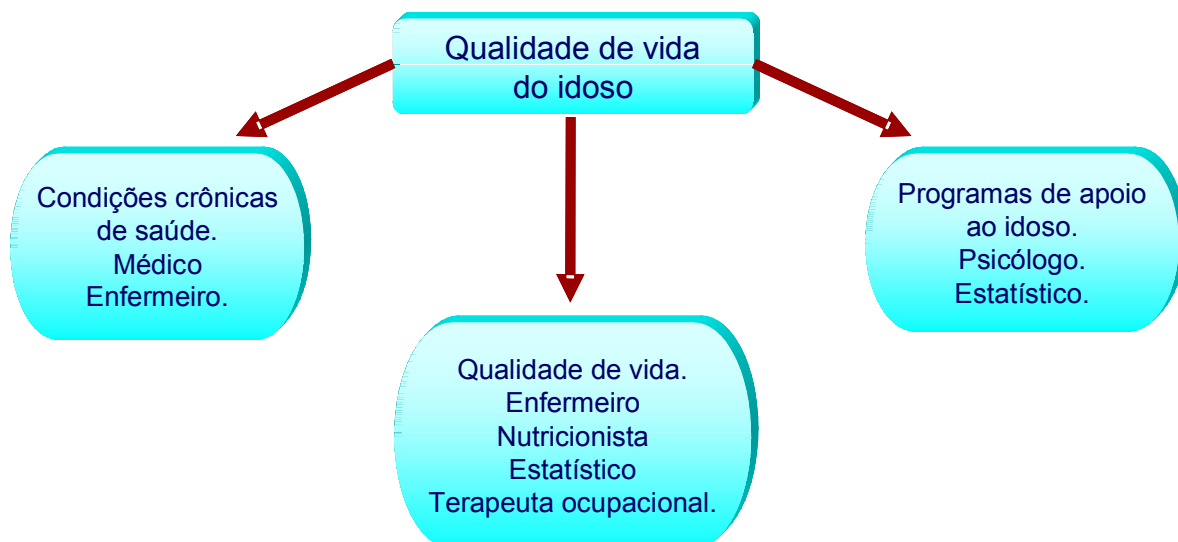


Figura 13 - Estruturas discursivas e os autores

Outro aspecto levantado ainda nos textos é que os mesmos fazem uma tentativa de abordagem fora da linha de muitos trabalhos sobre velhice, onde o enfoque dos fatores negativo predomina, o que na realidade, não pode ser aplicado indiscriminadamente.

Para Neri (1993) constata-se, portanto um negativismo implícito em muitas abordagens sobre o envelhecimento. Há um viés na literatura que exclui o potencial individual e a capacidade para o desenvolvimento: auto-realização e crescimento na vida adulta avançada. Tais concepções têm contribuído também para a marginalização dos idosos e para o seu afastamento das atividades. Os idosos têm referido em muitos trabalhos sua disposição para realizar tarefas e planejar o futuro.

No gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais, poderíamos resumir este eixo temático da seguinte forma (Figura 14):

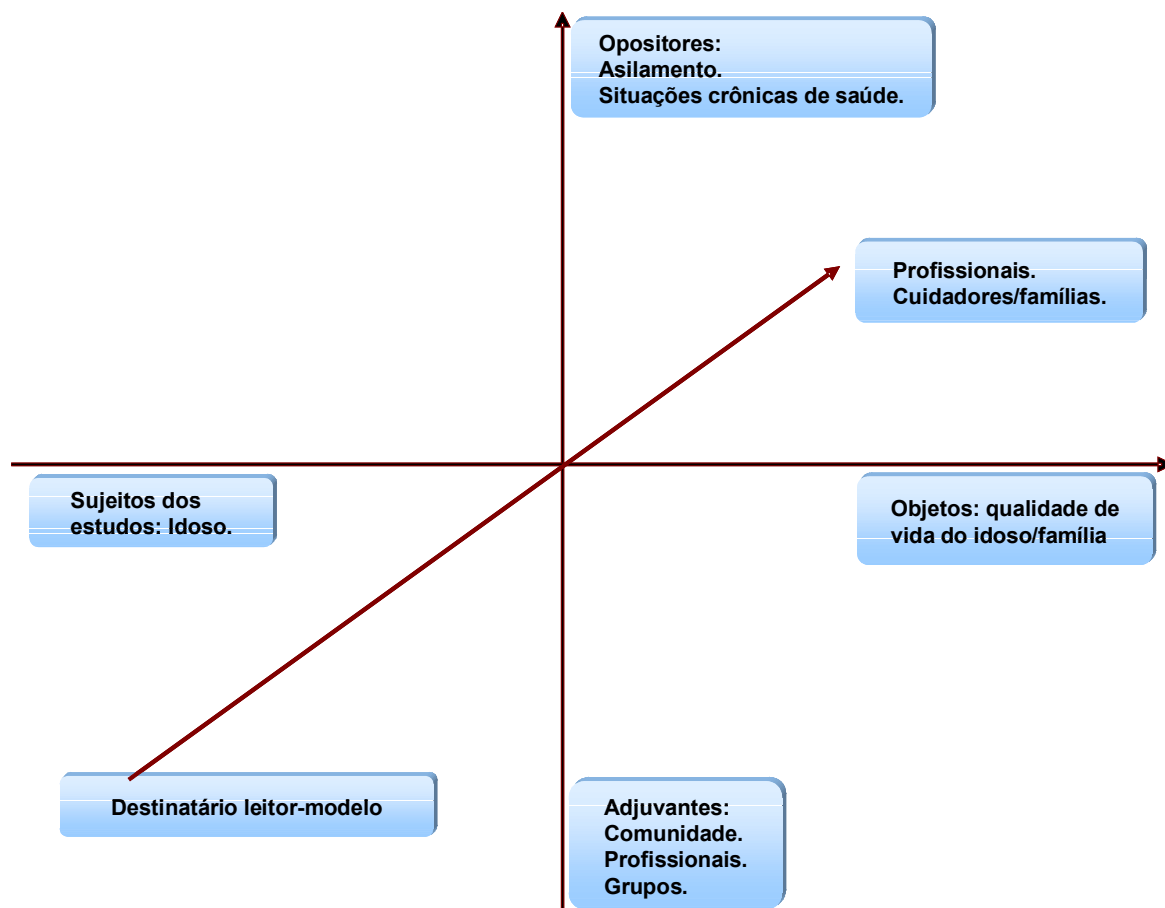


Figura 14 - Gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais

Neste eixo temático os textos tiveram equilíbrio entre os diversos, aparecendo o tipo narrativo que se referem a experiências dos pesquisadores, como aqueles mais prevalentes, o que pode reforçar o caráter ainda de levantamento de dados sobre o problema. Na figura 15 abaixo, um resumo dos tipos de texto.

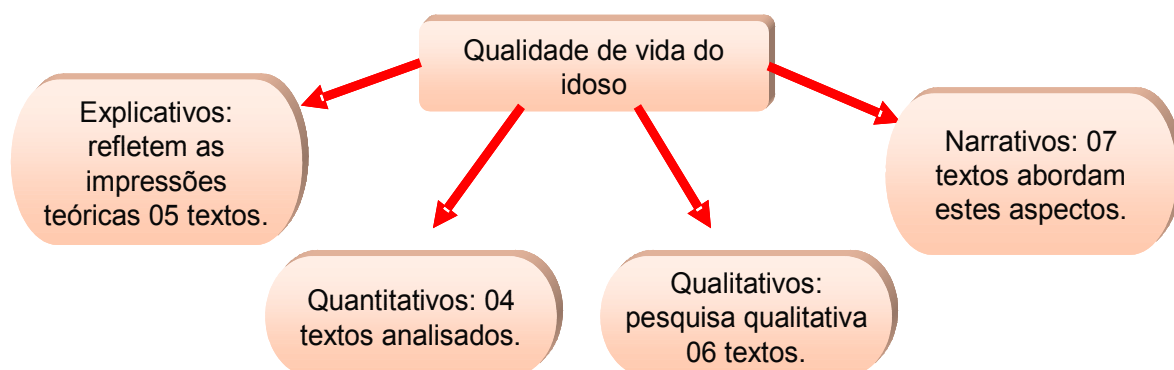


Figura 15 - Tipos de texto

O leitor modelo é basicamente o profissional de diversas áreas, já que os trabalhos como são relatos de experiência, podem servir de base para atuação de outros serviços e profissionais, portanto a figura abaixo resume esse aspecto.

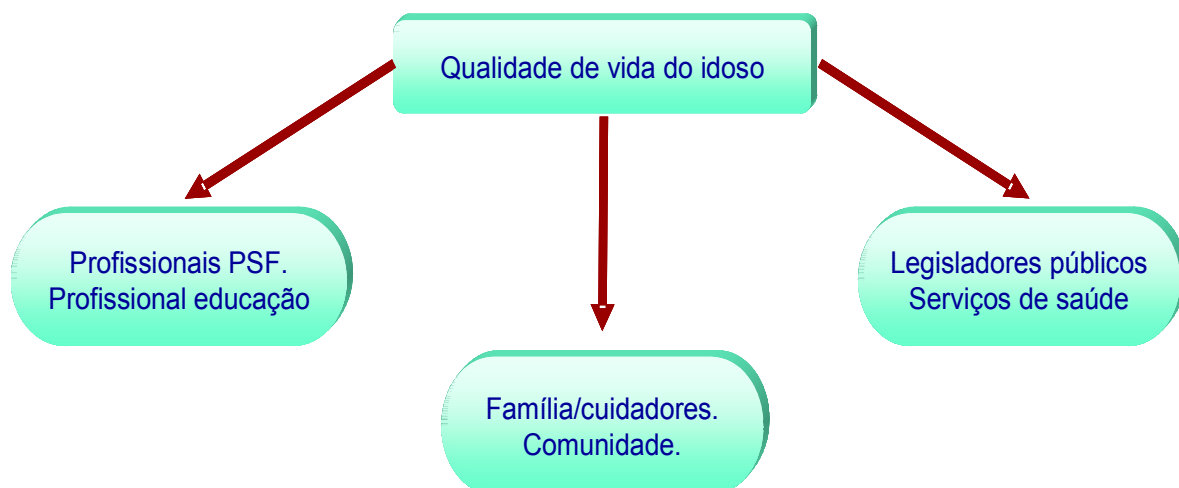


Figura 16 - Leitor modelo

5.1.4 Apoio social ao idoso e família

Quanto ao apoio social ao idoso e sua família encontrou-se um número de 22 artigos que expressavam preocupação com essa temática. Os textos trazem questões importantes para discussão da comunidade acadêmica e principalmente para os envolvidos com a saúde do idoso e o apoio social que é necessário para dar suporte ao mesmo.

As discussões argumentam que são bastante pertinentes as relações sociais para um melhoramento da saúde e o quanto pode ser negativo o isolamento social ao qual o idoso pode ficar submetido na sua velhice. O círculo vicioso da dependência econômica, da falta de recursos e o aparecimento de doenças geram um quadro que podemos chamar de perverso para a sociedade como um todo e especialmente para os idosos.

Na figura 17 abaixo uma síntese sobre a importância do apoio público ao idoso:



Figura 17 – Importância do apoio público ao idoso.

O aspecto do direito do idoso está bem documentado em trabalhos desta área e demonstra ser um dos quais os idosos têm bastante desconhecimento e pouco senso crítico em relação ao mesmo. No trabalho de Krug (2004), este levanta vários questionamentos importantes sobre o Estatuto do Idoso, onde podemos destacar entre eles que a força do instrumento está na capacidade de articulação com as demais políticas sociais, acrescidas daquelas previstas na Lei nº 8.442/1994. A luta para fazer valer o mesmo começa no âmbito local, justamente onde o mandonismo, a visão pouco arejada no contexto, o focalismo e o fragmentarismo são elementos exponenciais.

A análise crítica acerca do Programa Nacional do Idoso, demonstram o quanto estamos distantes da efetivação dessa política, pois Borges (2003) revela que num contexto sócio-político neoliberal em que muitos direitos sociais foram sendo privatizados e direcionados por demandas mercadológicas, fica evidente a postura do estado brasileiro no sentido de transferir suas responsabilidades materiais com os idosos, ao defender e incentivar iniciativas como às várias formas de previdência e de medicina privadas, em franco crescimento no País.

Para tanto a dependência econômica desse idoso submete o mesmo a situações distintas de idosos que vivem em países de primeiro mundo, revelando que as suas preocupações são ainda de cunho de sobrevivência.

Vários autores trabalham a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/94) que teoricamente esta sintonizada com a Constituição Federal, como um canal luta para seu

reconhecimento e conhecimento, onde é possível criar espaços de cultura e vida, onde é preciso trabalhar para garantir os direitos sociais e melhores condições de vida (BRASIL, 1994).

Os textos analisados revelam que os processos de transição demográfica e epidemiológica ocorrem de maneira intensa no nosso País, levando a uma mudança no perfil da população, com conseqüências drásticas nas características socioeconômicas e de saúde dos idosos. Para França (1999), diante do fato de a população economicamente ativa brasileira (15 a 59 anos) não aumentar proporcionalmente em relação à população idosa (60 anos ou mais) o governo se viu diante da perspectiva de não dispor de recursos suficientes para custear o número crescente de aposentados.

A preocupação econômica é um dado real e concreto que está expresso em muitos trabalhos analisados e é especialmente tratado pelos pesquisadores que abordam a situação da Previdência Social no Brasil, tratando-a como um suporte social de extrema importância para os idosos brasileiros, mas também alertando que o idoso não pode ser culpabilizado pela situação caótica em que se encontra a mesma. Varias questões podem ser levantadas, assim nos perguntamos como o poder público está enfrentando essa transição? Quais são as perspectivas para essa mudança de status, onde o cidadão passa de trabalhador a aposentado e na maioria das vezes com recursos ínfimos?

Já é fato estabelecido que o segmento etário de 60 anos ou mais está em grande expansão no Brasil e no mundo, portanto não é sem razão que as pesquisas abordem os aspectos biológicos, sociais e culturais desse fenômeno, na tentativa de amparar o idoso e sua família na busca por melhores condições de vida e saúde.

Alguns trabalhos trazem o Programa de Saúde da Família como um aliado importante para estabelecer vínculos junto ao idoso/ família, pois sob a ótica de um novo paradigma, deveriam trabalhar a comunidade e a família e reconhecer os seus membros como suporte necessário nos agravos quando se fizerem presentes.

Percebe-se que a realidade de implementação da Estratégia de Saúde da Família, ainda esta bastante aquém das necessidades dos usuários deste serviço, pois sua implantação efetiva depende também de uma mudança conceitual e nas práticas de saúde-doença. Podemos dizer que ainda, infelizmente, esta centrada no modelo biologicista e focado na cura das doenças, onde se prioriza as grandes intervenções e exames de alta complexidade em detrimento do aspecto de educação para a saúde. A população seria beneficiada em grande escala se essa medida fosse efetivada, principalmente aquelas consideradas mais vulneráveis, como as crianças e idosos.

Os autores nos textos analisados trazem sugestões sobre problemas de saúde do idoso que os programas poderiam tratar e que poderiam ter um impacto significativo na qualidade de vida do idoso, revelando que o profissional deveria ser capaz de perceber e acompanhar as múltiplas causas dos processos que envolvem as doenças, tanto do ponto de vista físico, quanto do ponto social e psicológico, englobando os aspectos coletivos dessa atenção.

Os autores estabelecem de certa forma, as competências, atribuições e habilidades necessárias à equipe para tratar desse idoso, colocando uma grande ênfase no treinamento e competência para o êxito da ação de cuidar; relacionam as habilidades em equipe e as características individuais que os mesmos devem adquirir, especialmente aos profissionais da saúde.

Portanto no quadro abaixo estão resumidos os autores e as estruturas discursivas que permeiam estes trabalhos.

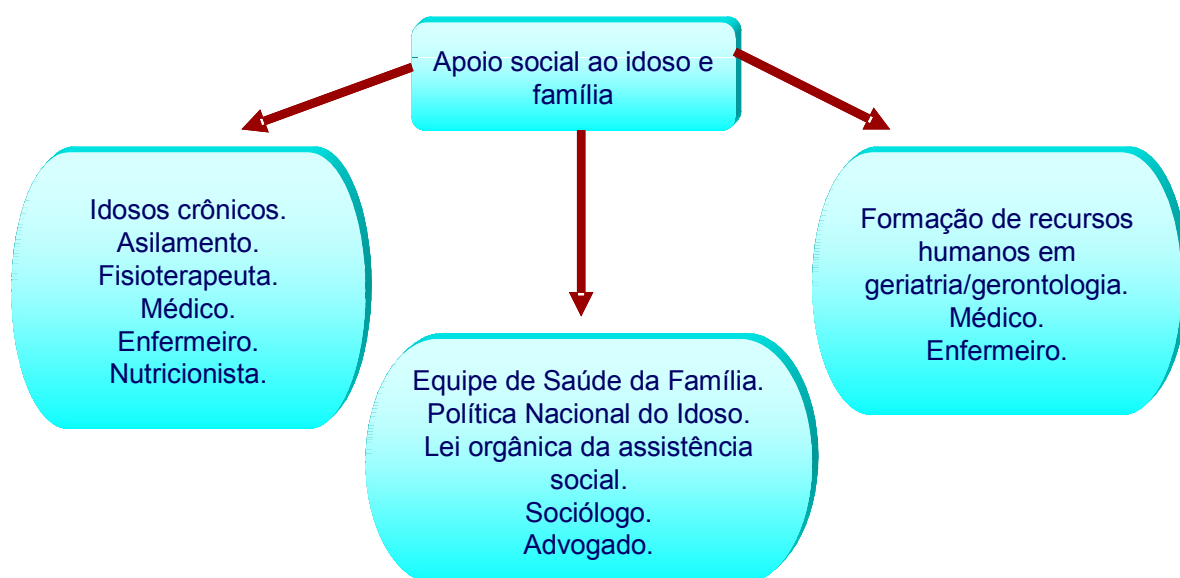


Figura 18 - Estruturas discursivas

O aparecimento de doenças crônicas e incapacidades foi um dos destaques que os pesquisadores deram a seus trabalhos, pois esta dupla face reflete diretamente na capacidade que este idoso tem de utilizar adequadamente os ínfimos recursos sociais, levando ao círculo vicioso de pobreza e doença, confirmando a literatura que revela que os principais cuidadores são mulheres e a faixa econômica é muito baixa, impossibilitando contratar serviços de pessoas especializadas para o mesmo.

Outro fato levantado com bastante pertinência é o apoio às famílias e cuidadores dos idosos, pois tem sido verificado que esses sofrem extremamente com a situação de

dependência do idoso, levando muitas vezes a adquirirem doenças crônicas importantes em função desse cuidado.

Para Caldas (2002), o idoso e sua família necessitam de uma rede de apoio ampla, que inclui desde o acompanhamento ambulatorial da pessoa doente até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida. Os padrões tradicionais de funções familiares parecem estar se desmontando diante das transformações sociais, econômicas e demográficas e como consequência, mudam os valores culturais em relação aos idosos em geral e ao cuidado familiar do idoso em particular.

O dicionário de base (Figura 19) revela as expressões que mais se destacam nos textos e sua linha de raciocínio.

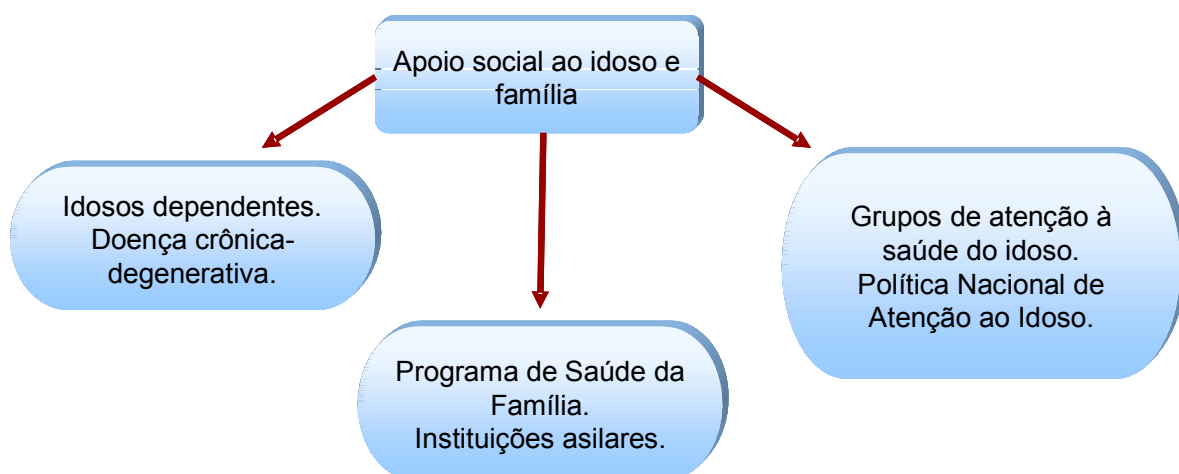


Figura 19 - Dicionário de base

No gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais, poderíamos resumir este eixo temático da seguinte forma (Figura 20):

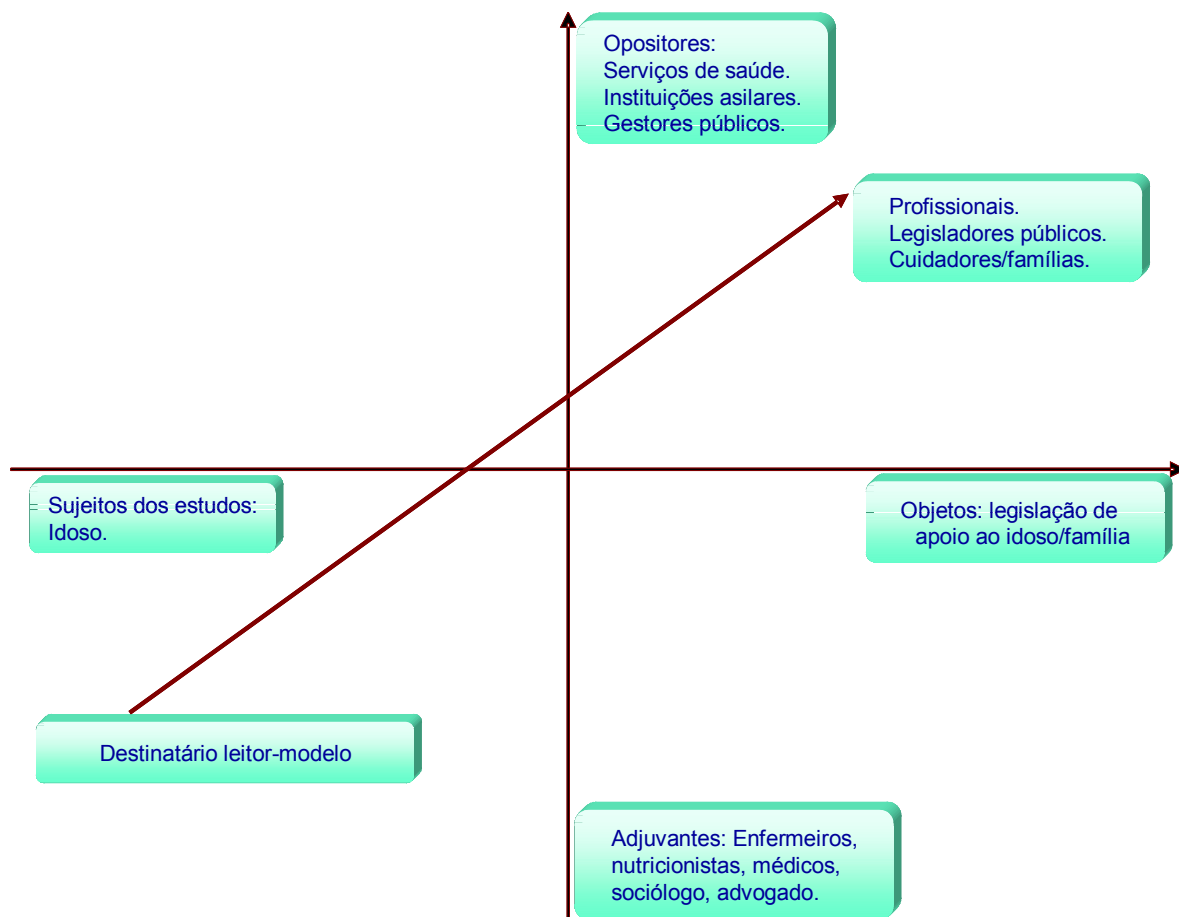


Figura 20 - Gráfico de Greimas de organização das estruturas actanciais.

As análises dos textos compreenderam em sua grande maioria, neste trabalho, de textos explicativos, onde o que revela por si só o caráter de reflexões teóricas que os autores fizeram acerca do assunto. Considerando os aspectos legais do tema poderíamos dizer que as abordagens da área do Direito são recentes em nosso meio, com mais ênfase provavelmente após a publicação do Programa Nacional do Idoso e seus desdobramentos. As análises narrativas que caracterizam os trabalhos com relatos de experiência também foram consideradas, mas os textos quantitativos com análise qualitativa não tiveram expressão no universo estudado.

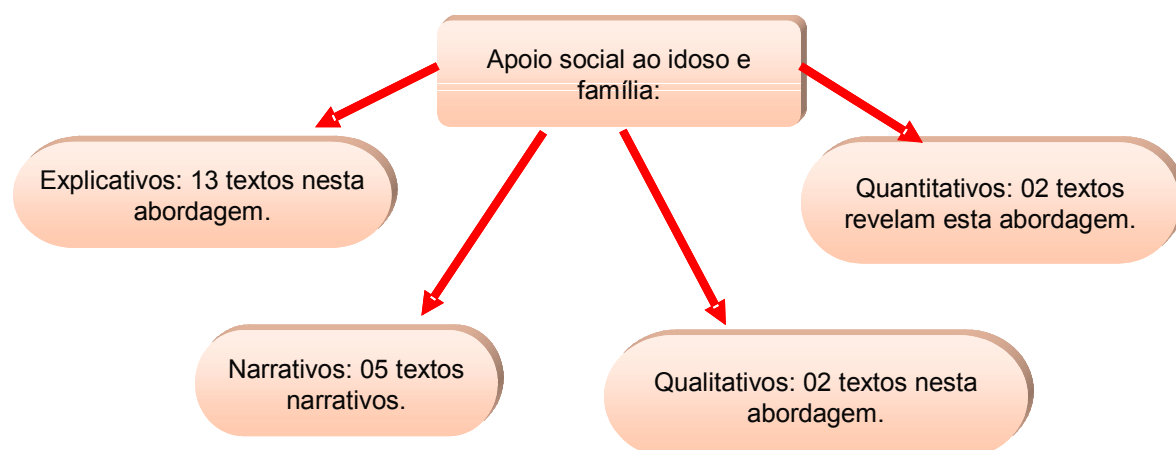


Figura 21 - Tipos de texto

O leitor-modelo a quem o texto se destina, deve interagir, modificar, entender o que quer dizer o autor, colaborando para que o mesmo seja enriquecido, portanto nos trabalhos analisados os textos foram basicamente dirigidos aos profissionais que prestam atendimento aos idosos, especialmente aqueles que trabalham com o Direito do Idoso, e com a Estratégia de Saúde da Família.

Concluimos que os textos podem servir de instrumento para estudo e consulta dos profissionais já que os textos abordam as questões pertinentes para o desenvolvimento de um trabalho competente e humano.

Na figura 22 abaixo estão resumidos os possíveis leitores.

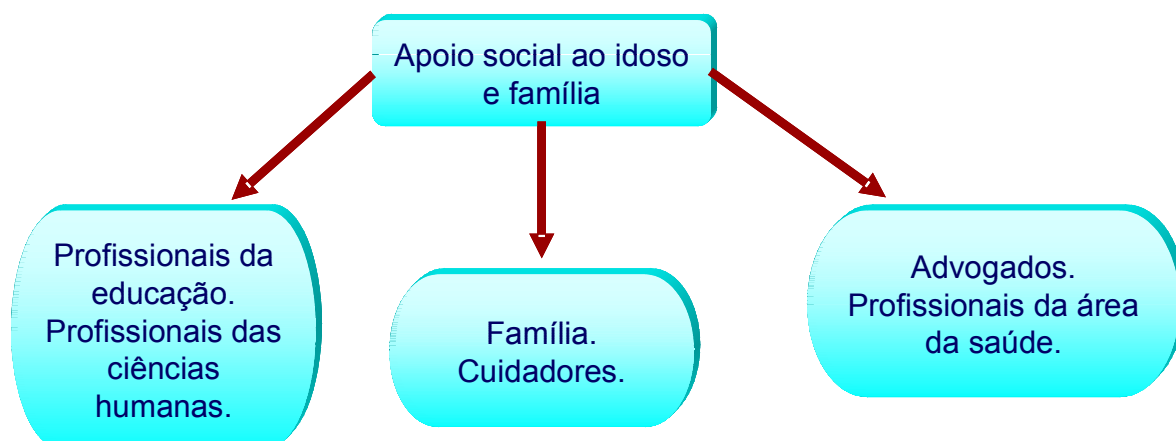


Figura 22 - Leitor-modelo

5.1.5 A construção do site

A construção do site teve como objetivo proporcionar aos profissionais da área um ponto de trocas de idéias e experiências. Assim, um conjunto de informações essenciais sobre o assunto é apresentado de forma sucinta. O site pode ser acessado no endereço: www.cuidadodooidoso.pro.br

Através de artigos periódicos, ao estilo "blog", escritos por profissionais da área, procura-se fornecer enfoques de questões atuais que possam fundamentar um debate entre os freqüentadores do site. Esses debates têm seu lugar no fórum, onde os interessados podem-se cadastrar, postar e responder mensagens.

Como auxílio na busca de informações científicas, o *site* oferece a Biblioteca Digital, que é uma coleção de artigos que podem ser pesquisados por título, autor, palavras-chave ou palavras no título e resumo (pesquisa textual). A base foi modelada usando-se o software Sybase Powerdesigner®, versão 9.5. Para servidor de banco de dados, por motivo de disponibilidade nas empresas que hospedam *sites*, foi utilizado o MySQL® 5.0. As páginas foram implementadas em PHP4.0. Para o fórum foi usado o programa phpBB2.

Na figura 13, está representado o diagrama da base de dados.

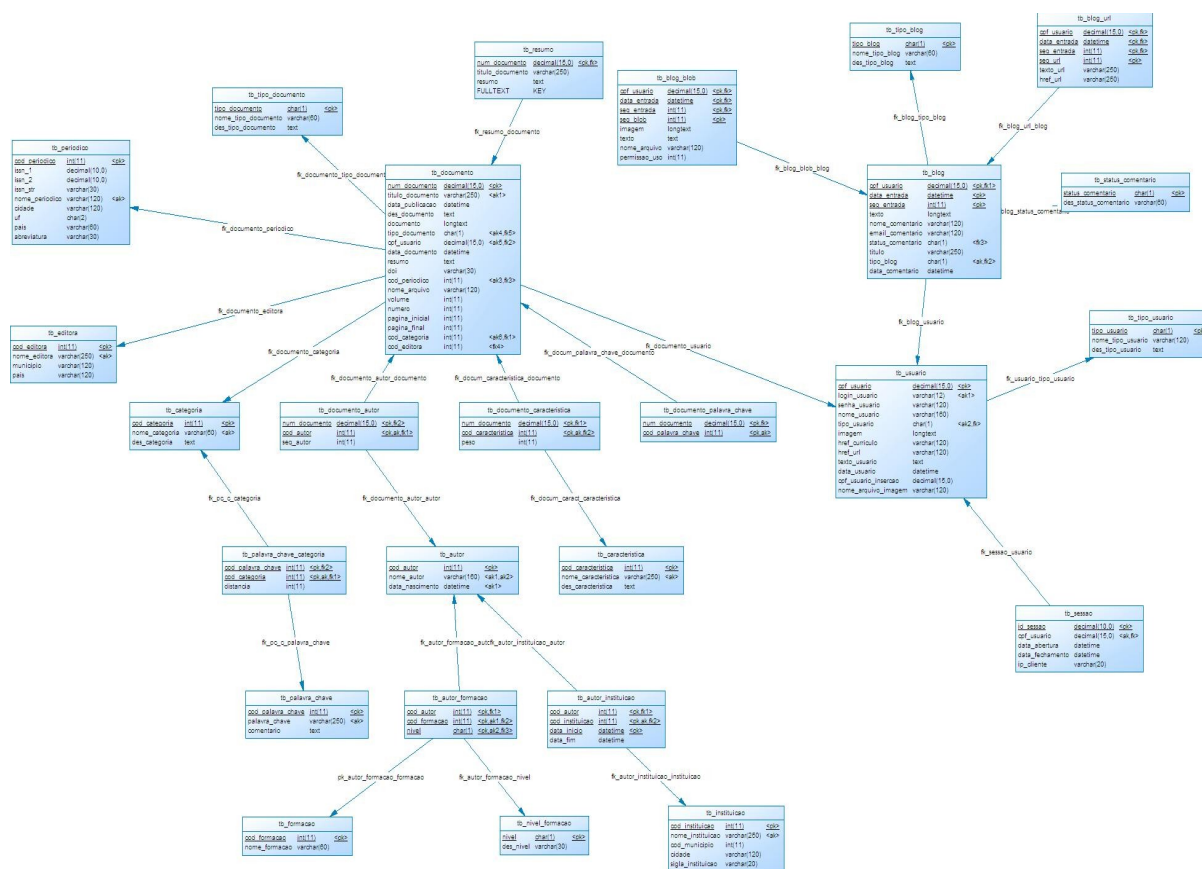


Figura 23 - diagrama da base de dados.

O site permite a consulta a um conjunto de artigos e documentos armazenados em sua

"Biblioteca Digital". Para a consulta podem ser utilizados diversos critérios simultâneos como autores, palavras-chave, data de publicação, periódicos ou termos no título ou resumo. O resultado da consulta mostra os dados dos artigos, o resumo e um link para obtenção do documento integral, quando disponível. Para acessar a biblioteca digital basta clicar no link correspondente no menu principal do site.

O usuário que desejar pode cadastrar-se como colaborador do site. O colaborador poderá enviar textos e imagens para a seção de "Blogs", bem como enviar artigos, publicações ou textos para serem disponibilizados na Biblioteca Digital. O formulário para cadastramento como colaborador pode ser alcançado clicando-se na opção "interatividade" do menu principal e em seguida escolhendo-se o link "Inscreva-se no site".

Além disso, qualquer usuário poderá comentar os textos do "Blog", bastando para isso fornecer seu nome e seu e-mail. Da mesma forma, qualquer pessoa interessada poderá enviar um e-mail para todos os colaboradores do site, através do endereço de e-mail publicado no site. A seção de "Blogs" é visualizada quando o usuário seleciona a opção "interatividade" no menu principal (Figuras 24 a 31).

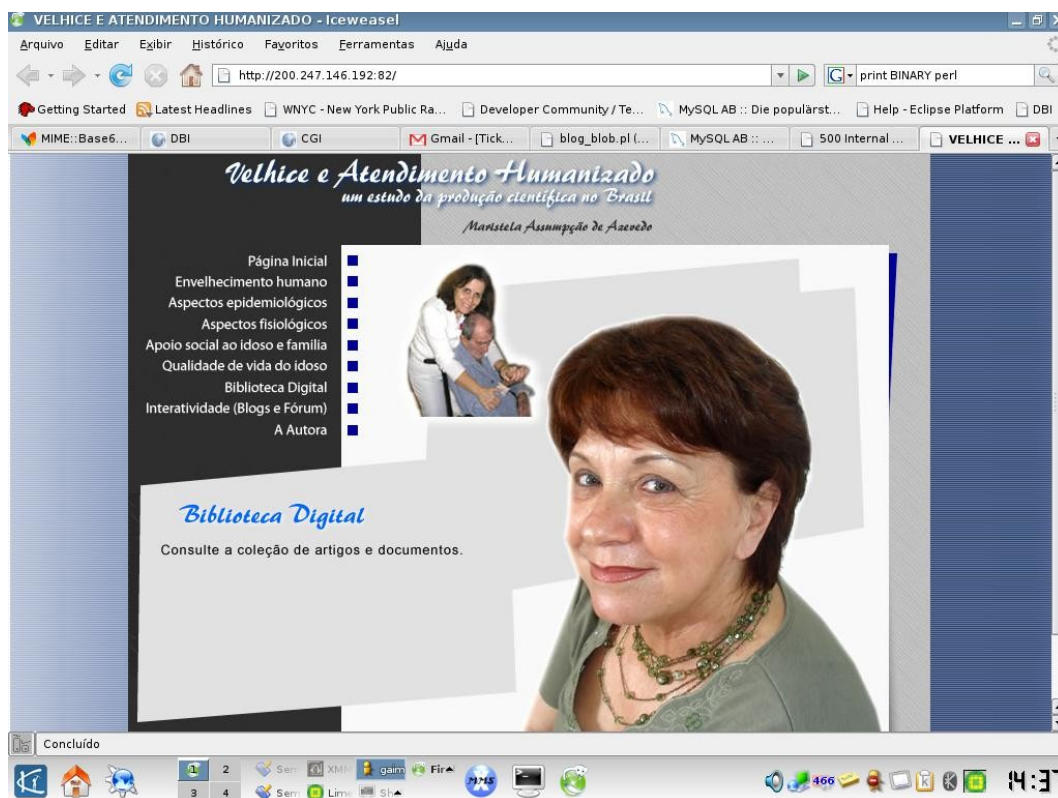


Figura 24 – Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 1



Figura 25 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 2.

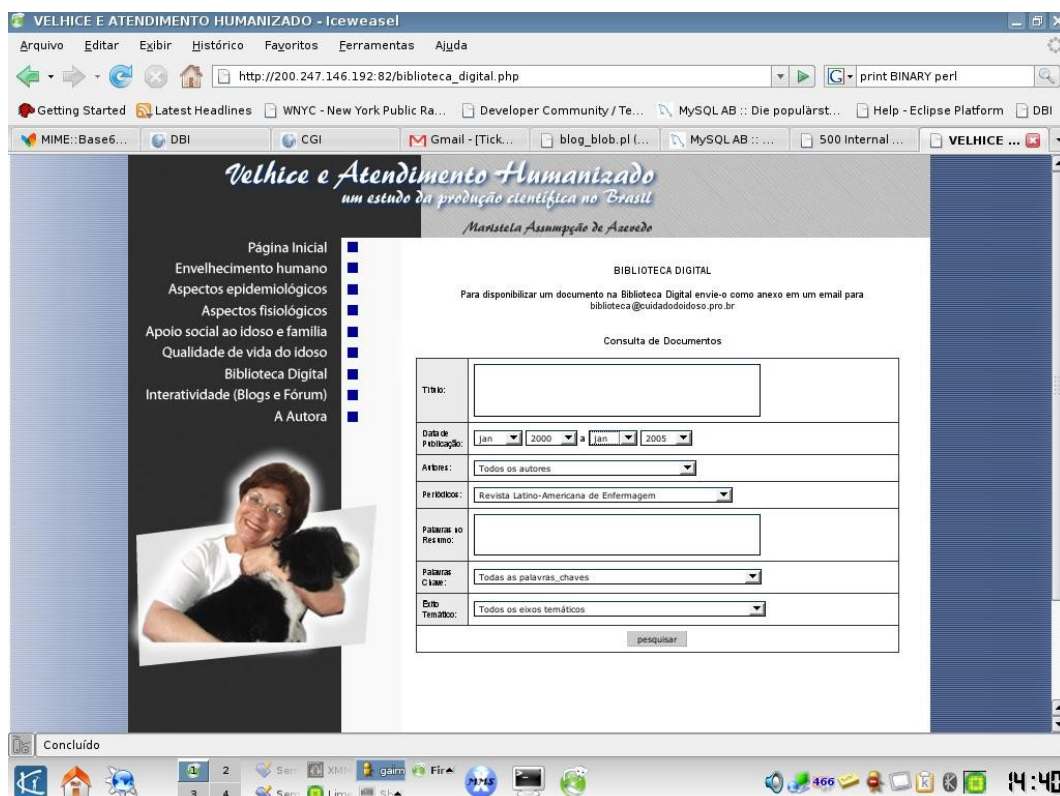


Figura 26 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 3.

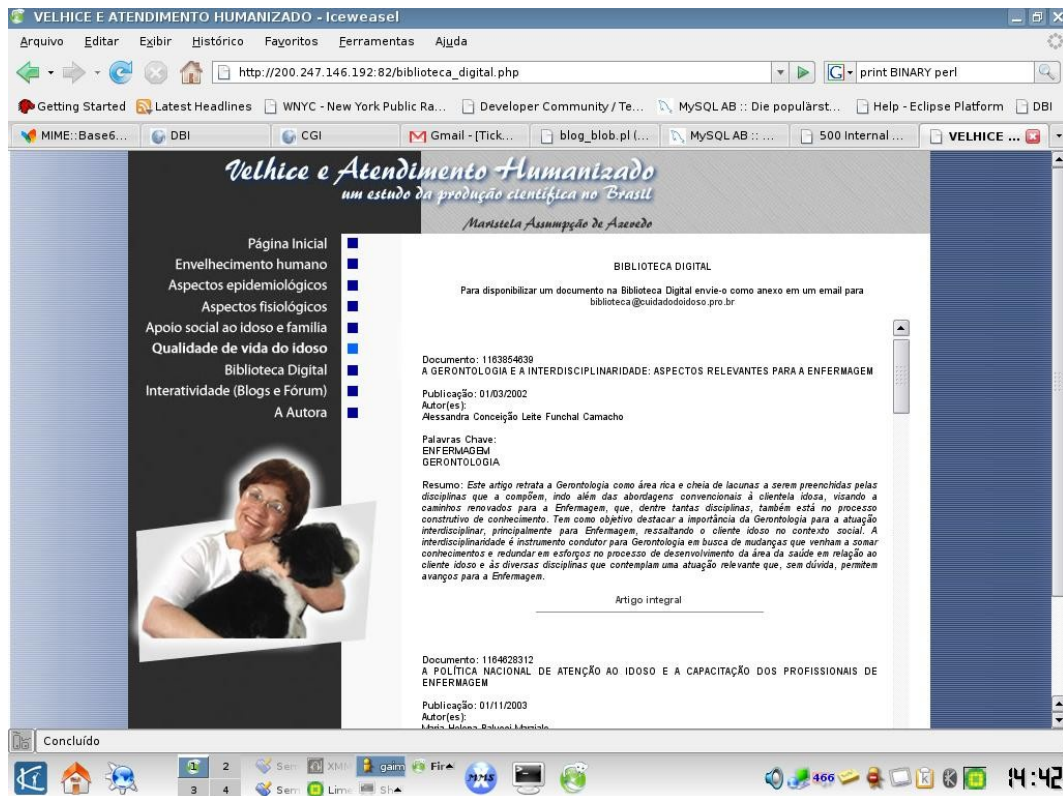


Figura 27 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 4.

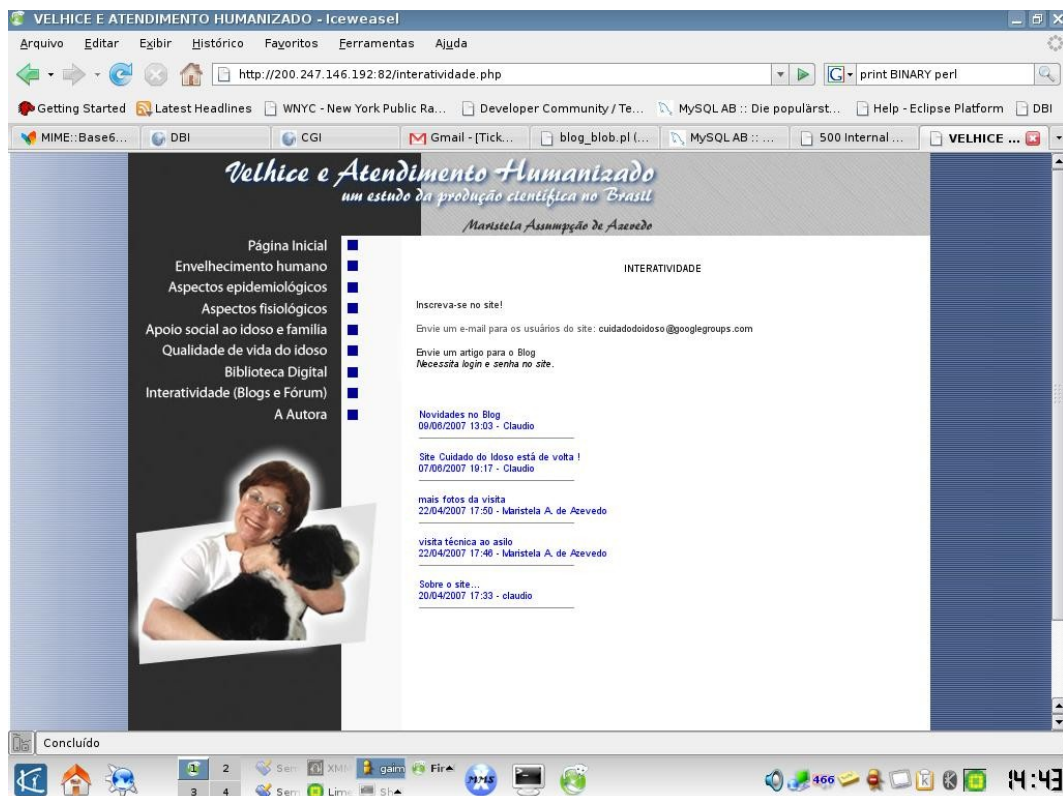


Figura 28 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 5.

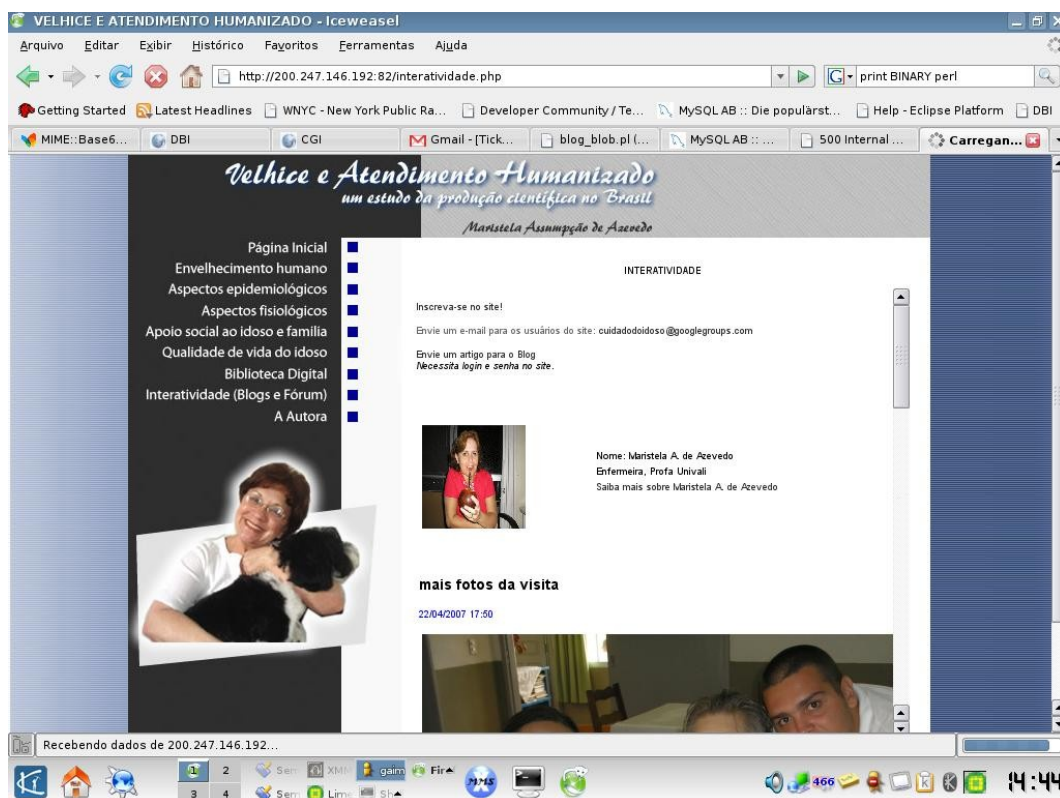


Figura 29 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 6.

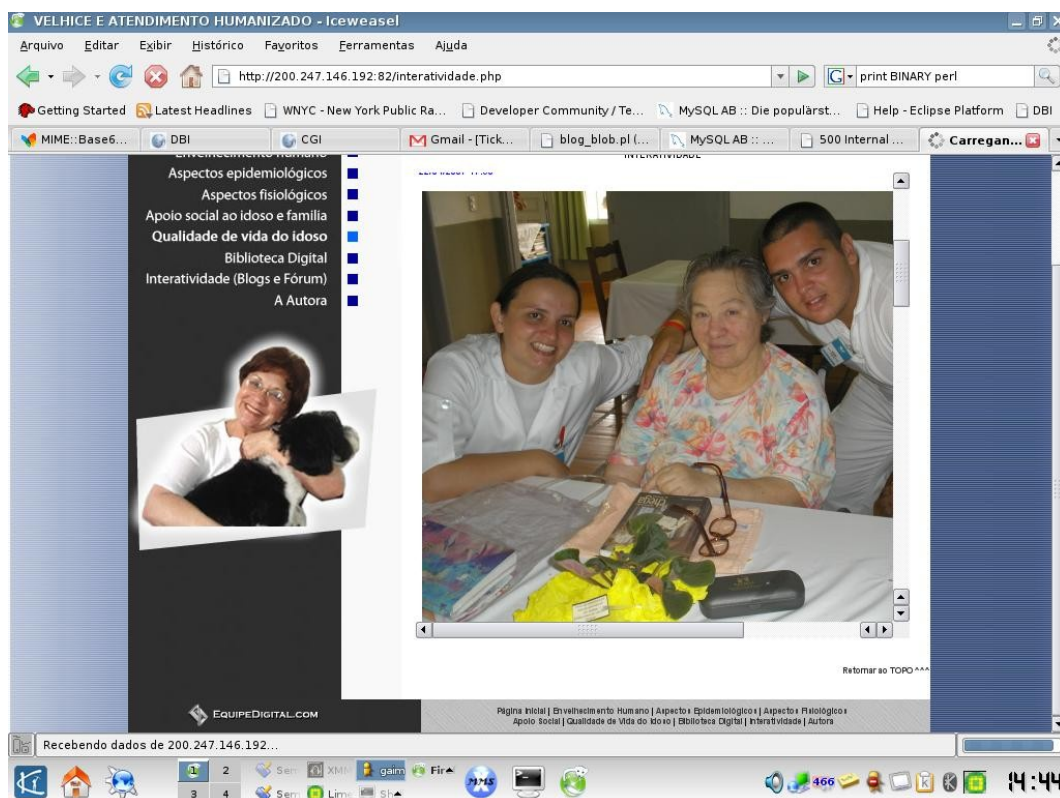


Figura 30 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 7.



Figura 31 - Blog Velhice e Atendimento Humanizado - Página 8.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos objetivos desse trabalho foi mapear as produções científicas na área de saúde do idoso, organizando-a por eixos temáticos para disponibilizá-las em um *site*, tornando essa literatura mais acessível a pessoas que trabalham com idosos e mesmo profissionais das áreas envolvidos e preocupados com a saúde e a qualidade de vida do idoso.

Os artigos analisados contextualizam a temática de uma forma ampla e tecem considerações importantes acerca do envelhecimento humano. Dentro dessa perspectiva, elencamos algumas reflexões que consideramos importante destacar e trazer para um debate que gostaríamos fosse coletivo.

O envelhecimento humano tem sido objeto de vários estudos, o que se pode confirmar com o aumento da publicação de trabalhos nos últimos anos. O interesse de pesquisadores, grupos e universidades levaram o mesmo a inserir-se definitivamente na agenda da sociedade brasileira.

Portanto quando buscamos o tema para esse trabalho, fomos ao mesmo tempo levados pela necessidade do trabalho acadêmico e também pela emergência do assunto, já que a condição de docente na área de saúde do adulto e idoso é imperativa.

Analisando os trabalhos que foram publicados, percebemos que muitos deles expressam uma preocupação com o crescimento ascendente da população idosa no Brasil e no mundo, mas em contrapartida os mesmos observam que não há ainda, uma mudança de paradigma para atender adequadamente as necessidades dos idosos, conforme constatado pelos próprios pesquisadores.

Gostaríamos de destacar alguns pontos importantes que foram objeto de análise no estudo e que consideramos que ainda não estão priorizados ou plenamente atendidos pela sociedade, dentre eles, a observação que o crescimento do número de pessoas com 60 anos ou mais levou a um aumento significativo das doenças crônicas e degenerativas sem a expectativa de poder ajudar adequadamente a essas pessoas; o aumento de um número maior de idosos vivendo em países pobres com todas as dificuldades inerentes a essa condição e fatalmente afetados por ela; a dificuldade que a população em geral e especialmente os idosos tem de acesso à rede pública de saúde transformando essa situação em uma das mais desfavoráveis a qualidade de vida dos idosos; as questões de moradia, de acesso ao lazer e inúmeras outras que não estão contempladas para essa população, foram alvo de discussão e encaminhamentos, em alguns casos.

A realidade muitas vezes oculta imensa maioria de idosos vivendo em países pobres, onde o suporte social tem sido objeto de preocupação, já que a grande maioria desses idosos sobrevive somente com os recursos da previdência social, que na sua grande maioria não consegue suprir as necessidades, especialmente se levarmos em conta o alto valor dos medicamentos e alimentação. Os trabalhos reforçam os aspectos de nutrição de idosos e relaciona a sua saúde bucal como um dos fatores que determinam a qualidade e quantidade adequada.

Como vimos às características do crescimento da população idosa não é nada animadora, já que sabemos que países em desenvolvimento possuem uma dificuldade maior para atender as demandas de seus cidadãos, em parte pela escolha do modelo político, que influencia drasticamente no resultado da aplicação dos recursos e como se dá à distribuição de renda e trabalho para a população, e em parte pelo aumento do número de pessoas que estão vivendo exclusivamente com recursos sociais dos governos.

Os idosos por sua característica, muitas vezes de dependência, sofrem com essa situação de desigualdade social mais acentuadamente, já que sua aposentadoria, quando a tem, é insuficiente para manter as suas necessidades.

No entanto, nos indagamos com qual seguridade social essa população idosa poderá contar, visto que quanto mais velho o indivíduo mais dificuldades financeiras em relação a aposentadoria e renda. Constata-se que neste momento realmente há uma necessidade maior do suporte econômico, pois sua saúde se torna mais fragilizada e ocorrem maiores gastos com sua manutenção, os planos de saúde privados tendem a excluir os indivíduos mais velhos e doentes e encaminha-los a rede pública sucateada, não oferecendo a menor possibilidade de atendimento as suas necessidades especiais.

O que poderíamos colocar face ao exposto, numa situação marcante em relação à fase idosa, é que a situação econômica difícil, que abrange uma grande maioria das pessoas e os idosos especialmente, não esta dando conta das demandas básicas, levando assim um contingente grande de pessoas dessa faixa etária a buscarem recursos ou num trabalho informal ou em instituições de longa permanência, onde possam manter-se pelo menos para alimentação e cuidados.

Na literatura está bem documentado sobre a realidade das instituições de longa permanência com os trabalhos apontando para o agravamento das situações depressivas, perdas cognitivas importantes e de isolamento social pelos quais os idosos tendem a passar no momento de saída de seu local de moradia e de seu afastamento da família ou dos principais cuidadores. Os trabalhos apontam para os riscos de queda, traumas levando assim ao

confinamento maior desse idoso e a uma recuperação difícil e muitas vezes com final trágico.

Também chama atenção o fato já não tão recente, mas que ocorre especialmente nos últimos anos em função do grande desemprego de jovens ou adultos de meia idade, onde os idosos quando permanecem em seus lares, se tornam os principais mantenedores de sua família o que vem agravar em muito a situação econômica e de falta de recursos desse núcleo familiar.

Associado a tudo isso os serviços de saúde infelizmente, não estão adequados ainda para atender a demanda crescente de pacientes idosos, em parte porque os legisladores públicos não priorizam essa questão como um todo, e em parte pela falta de preparo dos profissionais para realizarem esse atendimento; nos trabalhos que buscamos na literatura os próprios profissionais que atendem esses idosos reconhecem a dificuldade de capacitação para trabalhar com essa população e consideram a formação carente, na maioria das vezes não alcançando a magnitude dos problemas enfrentados por quem envelhece.

Há relatos de uma grande dificuldade por parte de profissionais que atuam na área para realização de cursos ou capacitações, tanto em nível de graduação como de pós-graduação, alguns estudos demonstram que as universidades em sua maioria não possuem em seu currículo conteúdos que atendam as especificidades do envelhecimento e em uma análise das grades curriculares atuais, há uma demonstração cabal de que as questões do envelhecimento não estão presentes, se não totalmente ausentes.

Quanto à educação, esta não prevê uma abordagem especial nem para os adultos mais jovens, muitos menos para os idosos que gostariam de estudar, salvo algumas tentativas de universidades para a terceira idade, o idoso não tem acesso à educação formal contribuindo assim para uma população grande de analfabetos entre os idosos.

Como vemos as questões públicas que afetam as pessoas idosas estão em defasagem, ainda não conseguimos enxergar o grande contingente de pessoas que irão necessitar esses serviços e nos preparar adequadamente para essa demanda, nem oferecer o suporte necessário às pessoas que chegam a idade avançada.

No Brasil vários autores têm voltado a sua atenção para o atendimento quando necessário a promoção da saúde e prevenção dos agravos do idoso, sendo este um dos motivos pelos quais a pesquisa cresceu qualitativamente e quantitativamente e, como resultado desse crescimento a Universidade começa a investir em grupos de pesquisa e especializações nas áreas de gerontologia e geriatria. O que podemos considerar um avanço significativo e importante em face do exposto.

Assim o trabalho de pesquisa da produção científica publicada na base brasileira de

dados do SciELO levantou algumas características, que poderíamos dizer marcantes desses trabalhos desenvolvidos por pesquisadores brasileiros, sendo que poderíamos destacar:

Houve um incremento da produção e publicação científica na base de dados SciELO a partir do ano de 2002, com um número bastante expressivo em 2005 e 2006;

Os pesquisadores em sua grande maioria estão ligados a instituições de ensino superior;

Os profissionais que tiveram um número expressivo de publicações foram os médicos que publicaram com outros profissionais, sendo que os enfermeiros e nutricionistas vêm logo a seguir com um importante número de publicações;

Podemos destacar outros profissionais das áreas das ciências sociais e humanas que estão preocupados com a questão do envelhecimento e desenvolvem seus trabalhos de pesquisa nesta área, revelando-se como um forte apoio às questões legais que envolvem o idoso;

Outras áreas também tiveram um importante incremento no estudo do ser que envelhece, especialmente os educadores com ênfase nas Universidades para a Terceira Idade.

Importante observar que os trabalhos publicados contemplaram um número bastante variado de categorias profissionais, o que denota já uma tendência interdisciplinar, pois conforme estudiosos não se pode pensar a questão do envelhecimento de uma forma única, como uma disciplina isolada, em face da grande gama de transformações e implicações que a velhice abrange.

Assim, fica caracterizada a importância desse instrumento multidisciplinar para o trabalho com o idoso, pois os olhares mais detalhados nos vários aspectos da vida do idoso, podem trazer benefícios ao mesmo no sentido de prevenir seus agravos e auxiliá-lo numa vida mais saudável. As abordagens multidisciplinares têm em comum o fato de transformar os ‘olhares únicos’ em uma múltipla e complexa rede levando a uma nova visão e construção de um novo paradigma para o atendimento ao idoso.

Os trabalhos analisados foram escritos por profissionais ligados a diversas áreas, o que por si só caracteriza um importante instrumento de suporte para o atendimento ao idoso, mas que em nosso entendimento, não garante uma relação efetiva desses profissionais entre eles e com os idosos atendidos. A multidisciplinaridade é um instrumento forte quando consegue

modificar ou auxiliar os grupos sociais que dela necessitam.

Assim percebemos nos textos que os assuntos publicados tratam ainda o idoso a partir da ótica biologicista, com grande ênfase nos discursos biomédicos, baseados no fator unicausal das doenças, sendo importante ressaltar que muitos estudos abordam os novos problemas de saúde, sem, entretanto dar conta da complexidade dos mesmos, pois as questões do envelhecimento humano englobam uma série de disciplinas que devem ser contempladas para um atendimento integral ao ser que envelhece. Como observamos, as reflexões acadêmicas que vem se destacando na área do envelhecimento ainda estão longe de solucionar a médio e curto prazo as questões aqui relatadas, sendo que são de caráter econômico, social e cultural as principais limitações com que se deparam os estudiosos e os profissionais envolvidos com o trabalho ao idoso.

Considero que o estudo teve importância pelo fato de dar uma maior visibilidade e acessibilidade aos trabalhos que vem sendo publicados na área de saúde do idoso, o trabalho se propôs à publicação de um *site*, onde estão disponibilizados os trabalhos analisados referentes às questões do envelhecimento humano. O *site* é um instrumento dinâmico e se propõe a ser de fácil acesso, com a finalidade de divulgação desse material ou outros que envolvem a área do estudo.

O trabalho apresentado tenta refletir alguns pontos importantes sobre essa temática atual e bastante necessária, visto que temos ainda um longo e tortuoso caminho para apreender, ficando a questão: como queremos e podemos atender as necessidades dos nossos cidadãos idosos a partir da ótica da inclusão desse idoso como um ser social?

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, M. A; GONÇALVES, H. T. L.; STEVENSON, S. J. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 6, n. 2, p.33-50, mai-ago. 1997.
- BANDEIRA, J. T. S. Análise documental: o uso do jornal na pesquisa qualitativa. In: DAMASCENO, M. N.; SALES, C. M. V. **O caminho se faz ao caminhar**: elementos teóricos e práticas na pesquisa qualitativa. Fortaleza: Ed. da UFC, 2005.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BORGES, C. M. M. Gestão participativa em organizações de idosos instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. cap. 124, p. 1037-41.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 de outubro de 2003. p. 1 col. 1.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 de janeiro de 1994. p. 77, col. 2.
- CABRAL, I. E.; TYRRELL, M. A. R. O objeto de estudo e a abordagem qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- CALDAS, C. P. Contribuição para a construção de redes de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos Envelhecimento** (UNATI), v. 4, n. 8, 2002. Disponível em: <www.unati.uerj.br/tsescielo>. Acesso em: 15 jan. 2007.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 773-781, mai/jun. 2003.
- CECAGNO, S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Scientiarum Health Science*, v. 26, n. 1, p. 107-112, 2004.
- DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. de (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 49-68.
- DERNTL, A M.; WATANABE, H. A W. Promoção da Saúde. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C. (org.). **Envelhecimento**: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004, v. 04-322, p. 37-46.
- DIOGO, M. J. D.; Publicações sobre enfermagem gerontologica e geriátrica nos periódicos brasileiros de enfermagem. **Rev. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 1/2, p. 22-27, jan. /dez. 2004.
- ECO, U. **Lector in fabula**. São Paulo: Perspectiva, 1986.

FRANÇA, L. Preparação para a aposentadoria: desafios a enfrentar. In: VERAS, R. (Org) **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, UnATI, 1999. p. 11-34.

FREIRE JR., R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 147-158. fev. 2005.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. A enfermagem gerontogeriatrica: perspectiva e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 57-68, jan./jun. 2004.

GUIMARÃES, M. R. **Viver mais e melhor**. Brasília: UNB, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e indicadores sociais. **Síntese dos indicadores sociais 2000**. Disponível em: <www.ibge.org.br>. Acesso em: 10 abr. 2006.

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

KRUG, J. G.; A conjuntura socioeconômica brasileira e suas implicações sobre a questão de vida e saúde do idoso. **Rev. Ciênc. Saúde**, Florianópolis, v. 23, n.1/2, p.67-71, jan. /dez., 2004.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, mai./jun. 2003.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. (org.). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004, v. 04, 322p.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MENDES, E. Uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTANHOLI, L. L. et al. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. H, p. 663-71, out-dez. 2006.

MOREIRA, M. C. et al. A pesquisa na área da enfermagem oncológica: um estudo das publicações em periódicos nacionais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. H, p. 595-600, out. /dez. 2006.

NERI, A L. (Org.) **Psicologia do envelhecimento: tema selecionado na perspectiva do curso de vida**. Campinas, SP: Papirus, 1995.

NERI, A L. et al. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP: Alínea, 2002.

NERI, A L. Processos de envelhecimento. **Idade Ativa - Revista Eletrônica da Terceira Idade**, 2005. Entrevista concedida a Graziela Zane Kronka. Disponível em: http://www.techway.com.br/techway/revista_idoso/entrevista/entrevista_anita.htm. Acesso em: 15 jan. 2007.

NERI, A. L. (org.) Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: _____. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993. p. 9-56.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002, 524 p.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, M. M. L. de (Org.) **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998. 93-103.

Pereira M. G. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de et al. (Org.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: SBGG; Guanabara Koogan, 2002, p. 72-78.

SAFONS, P. M. **Algumas considerações sobre envelhecimento e atividade física**: humanidades – terceira Idade. Brasília: UNB, 1999.

SciELO. **Scientific Electronic Library Online**. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 01 de junho de 2006.

SILVA, Y. S. **Cuidado de si ou violência corporal? A produção da velhice feminina na mídia**. Florianópolis, 1999. 220 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 1999.

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai./jun. 2003.

SIMÕES, R.; **Corporeidade e terceira idade**: a marginalização do corpo idoso. Piracicaba: Unimep, 1994.

SIQUEIRA, M. E. C.; MOI, R. C. Estimulando a memória em instituições de longa permanência. In: VON SIMSON, O. R. M; NERI, A. L; CACHIONI, M. (Org.). As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Alínea, 2003, p. 166.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S.; Educação em saúde e concepções de sujeito. In: _____. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. de; Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA, C. E. A. (Org). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 25-35.

VASCONCELOS, E.M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 705-715, mai./jun. 2003.

APÊNDICE A - REFERÊNCIAS ANALISADAS

1. ABRISQUETA-GOMEZ, J. et al. Estudo longitudinal de um programa de reabilitação neuropsicológica dirigido a pacientes com doença de Alzheimer. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3b, set. 2004.
2. ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar. 2007.
3. ANTUNES, H. K. M. et al. Análise de taxa metabólica basal e composição corporal de idosos do sexo masculino antes e seis meses após exercícios de resistência. **Revista Brasileira de medicina do Esporte**, v. 11, p. 71-75, jan. /fev. 2005.
4. ANDERSON, M. I. P. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. **Textos sobre Envelhecimento**, v.1 n.1, Nov. 1998.
5. ALVES, A. M. A Construção Social da Violência Contra os Idosos. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 3 n. 6. 2001.
6. ASSIS, M.; HARTZ, Z. M.A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar. 2007.
7. ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R. Percepção da enfermagem sobre reinternações e alta hospitalar de idosos: resultados preliminares da análise de conteúdo. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 111-2, abril 2000.
8. ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 305-11, maio-jun. 2003.
9. ARAÚJO, C. O. et al. Diferentes padronizações do teste da caminhada de seis minutos como método para mensuração da capacidade de exercício de idosos com e sem cardiopatia clinicamente evidente. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 86, n. 3, p. 198-205, mar. 2006.
10. ARANHA, F. Q. et al. O papel da vitamina C sobre as alterações orgânicas no idoso. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 2, p. 89-97, maio/ago. 2000.
11. BARBOSA, M. P. Como avaliar quedas em idosos? **Revista da Associação de Medicina do Brasil**, v. 47, n. 2, p.85-109, 2001.
12. BARALDI, G. S.; ALMEIDA, L. C.; BORGES, A C. L. C. Perda auditiva e hipertensão: achados em um grupo de idosos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70, n. 4, p. 640-4, set./out. 2004.
13. BEZERRA, A F. B.; ESPIRITO SANTO, A C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e

- práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 5, 2005. Disponível em <[http: <http: //www.Scielo.br/scielo>](http://www.Scielo.br/scielo)>. Acesso em: 12 Mar. 2007.
14. BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1019-26, nov./dez. 2005.
 15. CAMPOS, M. A G. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 4, p.214-21, jul. /ago. 2006.
 16. CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 3, p. 157-165, set. /dez. 2000.
 17. CAMACHO A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 229-33, mar./abr. 2002.
 18. CAVALINI, L. T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 1, p.7-17, abr. 2003.
 19. CARVALHO, C. M. R. G.; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 719-26, mai-jun, 2004.
 20. CASTRO, M. R.; VARGAS, L. A. A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. **Physis.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2005. Disponível em: <[http: //www.Scielo.br/scielo](http://www.Scielo.br/scielo)>. Acesso em: 12 Mar. 2007.
 21. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
 22. CHAIMOWICZ F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 1999. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 11 Mar. 2007.
 23. CAMARGO, J.R.; KENNETH, R. País jovem com cabelos branco: a saúde do idoso no Brasil. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 1995. Disponível em: <[http: //www.Scielo.br/scielo](http://www.Scielo.br/scielo)>. Acesso em: 11 Mar. 2007.
 24. CARVALHO, C. M. R. G.; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p: 719-26, mai-jun. 2004.
 25. CERVATO, A M. et al . Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 1, 2005. Disponível em: <[http: //www.Scielo.br/scielo](http://www.Scielo.br/scielo)>. Acesso em: 11 Mar. 2007.
 26. CERVI, A; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista de Nutrição**, v.18, n. 6, p. 765-75, nov./dez. 2005.

27. CERQUEIRA, A T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar. 2007.
28. COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-53, out. 1999.
29. COSTA, R. S.; CARVALHO, D. V. Análise da produção científica dos enfermeiros de Minas Gerais publicada em periódicos de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, 2001. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar. 2007.
30. COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, 2000. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar. 2007.
31. COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2002. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar. 2007.
32. DIOGO, M.J. D'E.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (grasi) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. **Rev.latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 85-90, out. 2000.
33. DIOGO, M. J. D. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar. 2007.
34. DIOGO, M. J. D.; Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 280-2, mar-abr. 2004.
35. DIOGO, M. J. D. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007
36. CRUZ, I. B. M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 172-7, abr. /jan. 2004.
37. DONALISIO, M. R.; RAMALHEIRA, R. M.; CORDEIRO, R. Eventos adversos após vacinação contra influenza em idosos, Distrito de Campinas, SP, 2000. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 4, p. 467-71, jul. /ago. 2003.
38. DONALISIO, M. R.; RUIZ, T.; CORDEIRO, R. Fatores associados à vacinação contra influenza em idoso em Município do Sudeste do Brasil. **Revista de saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 115-9, jan. /fev. 2006.

39. DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 12, p. 518-24, maio/jun.2004.
40. FERNANDES, C. R.; RUIZ NETO, P. P. O sistema respiratório e o idoso: implicações anestésicas. **Rev. Brás. Anestesiologia**, v. 52, n. 4, p. 461-70, jul./ago. 2002.
41. FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 924-9, dez. 2005.
42. FLORIANI, C. F.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-94, jul-ago. 2004.
43. FILHO J. M. C. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 666-71, 2000. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 12 Mar 2007.
44. FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; LATTORRE, M. R. D. O. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no estado de São Paulo. **Revista brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, p. 220-7, jun. 2004.
45. FREITAS, M.C. et al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 221-8, mar-abr. 2002.
46. FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 Mar 2007.
47. GAZALLE, F. K.; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 145-49, set. 2004.
48. GASPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psic: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 Mar 2007.
49. GARCIA, M. A. A et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 11 Mar 2007.
50. GARCIA, M. A. A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, 2005. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 Mar 2007.
51. GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatra**. São Paulo. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 11 Mar 2007.
52. GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, nº. 6, p. 853-861, dez. 2004.

53. GEIB, L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453-65, dez. 2003.
54. GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 95-8, 1996.
55. GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
56. GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **Hist. cienc. saude-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar 2007.
57. GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
58. GUIMARAES, R. M. Proteção e saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
59. KARSCH, U. Idosos dependentes: familiares e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-6, mai-jun, 2003.
60. KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A P.; MARQUES, S.; Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
61. LAKS, J. et al. O mini-exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de santo Antonio de Pádua, RJ. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3 B, Set. 2003.
62. LEONART, E.; MENDES, M. M. R.; Formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar 2007.
63. LEITE, V. M. M.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, v. 6, n. 1, p. 31-8, jan. /mar. 2006.
64. LOURENÇO, R. A; VERAS, R. P. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-19, ago. 2006.
65. LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, abr. 2005.

66. LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.º 2, p. 545-53, mar. /abr. 2005.
67. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.
68. LYRA JUNIOR, D. P. et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p.435-41, mai./jun. 2006.
69. MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 364-71, maio/jun. 2006.
70. MACHADO, G. P. M. et al. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 4, p. 367-72, out. /dez. 2004.
71. MARZIALE, M. H. P. A Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Capacitação dos Profissionais de Enfermagem **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 701-2, nov.-dez. 2003. Disponível em: <www.eerp.Usp.br/rlaenf>. Editorial.
72. MATHIAS, T. A. F.; JORGE, M. H. P. M.; ANDRADE, O. G. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 Mar 2007.
73. MATHIAS, T. A. F.; JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R. Doenças cardiovasculares na população idosa: análise do comportamento da mortalidade em município da região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, n. 6, p. 533-41, jun. 2004.
74. MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 169-175, abr. 2005.
75. MELO, V. L.; CUNHA, J. O. C.; FALBO NETO, G. H. Maus-tratos contra idosos no Município de Camaragibe, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, supl.1, p. 43-48, maio 2006.
76. NEGRI, L. dos S. A. et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 11 Mar 2007.
77. NOBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. G. O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 Mar 2007.

78. OLIVEIRA, T. C. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 530-6, jul.-ago., 2002.
79. OLIVEIRA, D. L. C.; GORETTI, L. C.; PEREIRA, L. S. M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 1, p. 91-6, 2006.
80. ORB, A; Aspectos de salud em adultos mayores de 80 anos de que viven independentemente em la comunidad: uma perspectiva australiana. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 589-96, jul.-ago. 2004. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 12 Mar 2007.
81. OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, ago. 2006.
82. OLIVEIRA, F. A. et al. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 1, p. 33-36, jan. /fev. 2004.
83. PAGLIUCA, L. M. F.; FEITOZA, A. R.; FEIJÃO, A. R.; Tétano na população geriátrica: problemática da saúde coletiva? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 6, p. 69-75, nov. 2001.
84. PARENTE, M. A. M. P.; CAPUANO, A; NESPOULOUS, J. L. Ativação de modelos mentais no recontar de histórias por idosos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, 1999. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar 2007.
85. PARAYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005.
86. PAIXAO JR., C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
87. PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores temas e tendências. **Ciênc. Saúde coletiva**; Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
88. PLATI, M. C. F. et al. Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. **Revista brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p.118-121, jun. 2006.
89. PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.
90. PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J.O A Fatores associados ao hábito de fumar entre idosos (Projeto Bambuí). **Revista de saúde Pública**, v.39, n. 5, p. 746-53, out. 2005.

91. PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projeto Bambuí e Belo Horizonte). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9. p. 1925-1934, set. 2006.
92. PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
93. RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175.
94. RAMOS, L. R. et al. Estudo de seguimento por dois anos de idosos residentes em São Paulo, Brasil: metodologia e resultados preliminares. **Revista de saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 397-407, out. 1998.
95. RABELLO, T.; Protocolo de pesquisa: avaliação do tratamento restaurador atraumático em pacientes idosos. **Journal of Applied oral Science**, v. 14, nº especial, p. 30-33, 2006.
96. REBELATTO, J. R. et al. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 1, p. 127-32, 2006.
97. REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n. 1, p.191-9. jan. /mar. 2006.
98. RODRIGUES, R. A P.; MENDES, M. M. R.; Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 1994. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar 2007.
99. RICCI, N. A; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C.; Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
100. RIBEIRO, A. Q. et al. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out. /dez. 2005.
101. SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, 2002. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar 2007.
102. SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
103. SCAZUFCA, M.; MATSUDA, C. M. C. B. Revisão sobre eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24 supl. 1, p. 64-9, abr. 2002.

- 104.SOUZA, E. M. Integração entre gerações na promoção da saúde: estudo qualitativo no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 463-69, ago. 2003.
- 105.SOUZA, F. S. et al. Validade da rotina de realização do eletrocardiograma na avaliação pré-operatória de idosos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 55, n. 1, p. 59-71, jan. /fev. 2005.
- 106.SOUZA, J. A G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. **Rev. Associação Médica Brasileira**, v. 48, nº 1, p.79-86, jan. /mar. 2002.
- 107.SOUZA, J. C.; MAGNA, L. A.; PAULA, T. H. Sonolência excessiva diurna e uso de hipnóticos em idosos. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 30, n. 3, p. 80-85, 2003.
- 108.SILVA, S. R. C. da; CASTELLANOS FERNANDES, R. A.; Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, ago. 2001, vol. 35, nº 4, p. 349-355.
- 109.SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 626-31, mar. /abr. 2004.
- 110.SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M.; A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Ver. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 180-7, março-abril 2005.
- 111.SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V. ; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
- 112.SIQUEIRA, A B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
- 113.SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M da; Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>. Acesso em: 11 Mar 2007.
- 114.SIMOCELI, L. et al. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, v. 69, n. 6, p. 772-7, nov./dez. 2003.
- 115.SIQUEIRA, A B; et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar 2007.
- 116.SILVEIRA, R.; RODRIGUES, R. A P.; COSTA JUNIOR, M. L. da.; Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP, em 1998. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, 2002. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
- 117.TRENTINI, M. et al . Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; Ribeirão Preto,

- v. 13, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
118. TOLEDO, E. H. R.; DIOGO, M.J.D. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e as dificuldades para o autocuidado no início da doença. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 707-12, nov-dez 2003.
 119. TORAL, N.; GUBERT, M. B.; SCHMITZ, B. A. S. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 1, p. 29-37, jan./fev. 2006.
 120. VALETE-ROSALINO, C. M.; ROZENFELD, S.; Triagem auditiva em idosos: comparação entre auto-relato e audiometria. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 2, p. 193-200. mar. /abr. 2005,
 121. VASCONCELOS FILHO, P. O.; CARMONA, M. J. C.; AULER JUNIOR, J. O. C.; Peculiaridades no pós-operatório de cirurgia cardíaca no paciente idoso. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, set. /out. 2004, vol. 54, nº5, p. 707-727.
 122. VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V.; Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
 123. VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tuberculose no idoso: análise do conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
 124. VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 Mar 2007.
 125. VENTURA, M. M.; BOTTINO, C. M. C. Estudo de confiabilidade da versão em português de uma entrevista estruturada para o diagnóstico de demência. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p.110-6, abr./jun. 2001.
 126. VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar 2007.
 127. VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai./jun. 2003.
 128. WACKER, P.; NUNES, P.V.; FORLENZA, O.V. Delirium e demência no idoso: existem fatores de risco comuns? **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 3; p. 113-8, 2005.
 129. WILMOTH, J.; Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, 2002. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar. 2007.

130. WHITAKER, J. F. *et al.* Utilização da artéria radial como segundo enxerto arterial em pacientes acima de 70 anos. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. Jan. / mar. 2005, v. 20, n. 1, p. 58-62.
131. XAVIER, F. *et al.* **Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, jun. 2001, v. 23, n. 2, p. 62-70.
132. XAVIER, F. M. F. *et al.* Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 294-302, jun. 2001.
133. XAVIER, F. M. F.; FERRAZ, M. P. T.; MARC, N. *et al.* A definição dos idosos de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, nº 1, p. 31-39, mar. 2003.
134. YAMAMOTO, A; DIOGO, M. J. D'E.; Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, 2002. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar 2007.

APÊNDICE B - EXEMPLO DE UMA ANÁLISE PARCIAL SEGUNDO ECO

Este capítulo traz o registro específico do artigo selecionado para a abordagem do modelo de cooperação textual de Eco (1986), para tanto se mostra um modelo com um exemplo onde existem vários níveis e sub-níveis de análise, que subsidiam a discussão como roteiros para a análise textual (Silva, 1999).

Texto 1 – Abordagem do idoso em programas de saúde da família

Matéria: Saúde e Envelhecimento Humano

Categorização: artigo

Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 839-847, mai-jun, 2003.

SILVESTRE, A J.; COSTA NETO, M. M. DA; Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 839-847, mai-jun, 2003.

A) Manifestação linear do texto:

Resumo: Discorre-se sobre a Política Nacional do Idoso cujo propósito basilar reside na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção e melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, na prevenção de doenças, na recuperação da saúde dos que adoecem e na reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. O cuidado do idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família com o apoio das Unidades Básicas de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, as quais devem representar para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde. Após, são listados alguns dos problemas de saúde do idoso em que os programas de saúde da família podem causar um impacto importante. Analisa-se a Estratégia de Saúde da Família no Brasil em relação à atenção ao idoso, além das competências, habilidades e atribuições necessárias da equipe.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos.

B) Contextualização do texto:

SILVESTRE, A J; Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal de Rio Grande.

COSTA NETO, M.M.; Centro de Saúde de Candangolândia , Secretaria de Saúde do

Distrito Federal.

Tipo de estudo: Artigo

Período: mai-jun, 2003.

Local: Distrito Federal (DF) e Rio Grande (RS)

Base de Ancoragem: SAÚDE

Periódicos Públicos

Periódicos de Saúde

Periódicos de saúde do idoso

C) Dicionário de base:

Abordagem do idoso em Programa de Saúde da Família

Política Nacional do Idoso

Promoção do envelhecimento saudável

Capacidade funcional dos idosos

Prevenção de doenças

Recuperação da saúde

Reabilitação da capacidade funcional comprometida

Capacitação de recursos humanos especializados

Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais

Apoio a estudos e pesquisas

Permanência no meio em que vivem

Exercendo suas funções de forma independente na sociedade

Cuidado do Idoso

Unidades Básicas de Saúde

Estratégia de Saúde da Família

Vínculo com sistema de saúde

Saúde do Idoso

Competências/Habilidades

Atribuições necessárias da equipe/serviços de saúde para idosos

Setor Saúde/Políticas

Comissão Intergestora Tripartite

Conselho Nacional de Saúde

Ministério da Saúde

Evolução de suas enfermidades/perda da capacidade funcional, habilidades físicas e mentais

Estilo de vida/ autonomia, autodeterminação e organização

Atividades básicas e instrumentais da vida diária/ atividade instrumental

Estudos populacionais

Doença crônica/auxílio para vida diária

Diretrizes essenciais

Assistência às necessidades de saúde do idoso

Manter o idoso na sua comunidade

Serviço de longa permanência/hospital, asilo, casa de repouso ou similar

Internação de idosos/modelo excludente

Deterioração da capacidade funcional e autonomia

Leito de agudos

Curto prazo

Alta hospitalar

Modelos de cuidados domiciliares/baratear custos

Transferir responsabilidades/assistência domiciliar aos idosos

Programas de orientação, informação e apoio de cuidados aos idosos

Suporte informal e familiar

Gestão do SUS

Cuidado comunitário ao idoso

Problemas de saúde do idoso

Constituição Federal de 1988

Leis complementares

Universalização

Integralidade

Descentralização

Participação popular

Modelo assistencial

Abordagem biológica e intra-hospitalar

Recursos tecnológicos/cobertura e resolubilidade baixas e elevados custos

Gestores do sistema, profissionais de saúde, população usuária dos serviços

Atenção básica/mudanças efetiva e resolutiva

Rede de serviços especializados e hospitalares

Reorganização do modelo tradicional/nova dinâmica

Direito de cidadania

Humanizando as práticas de saúde

Assistência integral, universal, equânime, contínua, resolutiva e de qualidade

Família em seu contexto social/núcleo básico de abordagem

Fatores de risco

Parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais

Organização da comunidade/controle social

Vínculos de compromisso e de responsabilidade

Multicausalidade dos processos mórbidos/trabalho interdisciplinar

Equilíbrio entre indivíduos e o ambiente

Realidade das famílias/área de abrangência

Problemas de saúde prevalentes/diagnóstico psicossocial

Vulnerabilidade familiar/visão sistêmica e integral do indivíduo e da família

Ciclo de vida/perfil populacional

Aumento progressivo da população idosa/queda da fecundidade

Redução da mortalidade em todos os grupos etários/fatores de risco

Qualidade de vida

Importância da manutenção do idoso em sua rotina familiar

Longevidade/humanidade contemporânea

Caderno de Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica do MS

Vigilância à saúde da pessoa idosa/visitas domiciliares

Sistema de referência e contra-referência

Grupos de educação para a saúde

Ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais na comunidade/responsabilização compartilhada

Envelhecimento como um processo essencialmente benigno/diferenças entre envelhecimento normal, limitações fisiológicas gradativas e características patológicas

Práticas sanitárias no domicílio

Processo educativo/identificar métodos e técnicas de ensino aprendizagem mais adequados à capacitação de pessoas na comunidade cuidadores de idosos

Diagnóstico das condições de vida e saúde da família

Acompanhamento e avaliação das condições de vida da família

Área adstrita com perfil de morbi-mortalidade, aspectos demográficos; renda, pobreza e trabalho

Identificação de agravos e recuperação da saúde, com ações de caráter individual e coletivo

Administração de medicamentos em casa

Aconselhar cuidador em relação a alimentação apropriada a pessoa idosa

Identificar deficiências físicas, mentais ou desnutrição e violências intrafamiliares

Avaliar imobilidade, instabilidade postural, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia e empregar terapêuticas específicas

Orientar tratamento medicamentoso e não medicamentoso referente aos agravos

Urgência geriátrica

Unidades especializadas de referência

Programar visitas domiciliares ao idoso em situação de risco

Agentes comunitários de saúde

Realizar assistência domiciliar a pessoa idosa

Adequada abordagem da pessoa idosa

Expectativa de vida ativa máxima possível

Formação básica na graduação e pós-graduação

Gestores estaduais e municipais

Instituições de ensino superior

Processo de educação permanente

Capacitação do ACS

D) Estruturas Narrativas:

O texto foi organizado com:

a) resumo explicativo: onde os autores discorreram sobre a Política Nacional do Idoso e a importância da Estratégia de Saúde da Família como instrumento de manutenção da saúde dos mesmos.

b) introdução com apresentação do tema primário, a Política Nacional de Saúde do Idoso, apresentando também os temas secundários que foram, A estratégia de Saúde da Família no Brasil; Idoso na Atenção Básica de Saúde Características e Demandas; A Atenção ao Idoso no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. Os temas descritos são alvos de reflexões teóricas visando a uma maior compreensão das políticas públicas existentes no País para o atendimento aos idosos e suas possíveis implicações para a prática dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

c) método: discorre sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso, analisando as perspectivas para o trabalho com os idosos e suas famílias no contexto da estratégia de saúde da família; as competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção básica. Traça um perfil desejado para o “novo profissional” que se espera na atenção básica, com competência técnica e trabalho humanizado.

d) resultados e discussão: apresenta uma análise da Estratégia de Saúde da Família a luz da Política Nacional do Idoso e traça as competências dos profissionais envolvidos com o idoso e sua família.

e) Conclusões e considerações finais:

Propõe uma abordagem adequada a pessoa idosa.

Compreensão do envelhecimento como processo benigno e não patológico.

Agravos físicos e emocionais podem representar uma ameaça para a saúde do idoso.

O atendimento deve sempre visar a manutenção do estado de saúde do idoso, com uma perspectiva de vida máxima.

O idoso deve manter a sua capacidade de autonomia, junto a comunidade e a família.

As unidades básicas de saúde deveriam trabalhar com vistas a alcançar os objetivos propostos pela Política Nacional do Idoso.

A formação básica na graduação e pós-graduação deveria estar voltada ao trabalho na Atenção Básica, fortalecendo o Sistema de Saúde.

Ministério da Saúde, Gestores Estaduais e Municipais tem dado importância a

qualificação da atenção básica, proporcionando a pós-graduação de profissionais e fortalecendo a proposta do processo de educação permanente.

Propõe também a capacitação do ACS, pois este é um integrante da equipe de saúde.

Espera atenção especial à equipe e a permanente necessidade de capacitação e formação de seus profissionais, para que a saúde do povo brasileiro possa ser competente, humanizada e resolutive.

D) Estruturas Actanciais

D1) opositor

Formação básica na graduação e pós-graduação, bastante aquém das necessidades nacionais.

Formar profissionais voltados ao trabalho na Atenção Básica.

Implementar processo de Educação Permanente.

Fortalecimento do Sistema de Saúde.

D2) sujeito

Dois pesquisadores,

Um do Departamento de Medicina Interna da

Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande RS.

Um do Centro de Saúde de Candangolândia Secretaria

de Saúde do Distrito Federal.

D3) objeto

Política Nacional de Saúde do Idoso.

Estratégia de Saúde da família.

Competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção básica.

Desejos e realidade.

D4) adjuvante

Saúde do Idoso.

Competências e Habilidades da Equipe de Atenção Básica.

Estratégia de Saúde da Família.

Programas de Pós-graduação.

Formação básica na graduação.

Política Nacional do Idoso.

Periódicos Públicos.

Periódicos da Saúde.

Periódicos de saúde do idoso.

E) Estruturas Discursivas

Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde resolveram aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso.

Evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida é a perda de sua capacidade funcional.

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades.

A maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidades crônicas.

Atividade instrumental da vida diária.

Promoção do envelhecimento saudável, manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos.

Idoso na comunidade.

Seu deslocamento para um serviço de longa permanência pode ser considerado

uma alternativa quando falharem todos os esforços anteriores.

Modelo excludente.

Retorno ao modelo de cuidados domiciliares.

Estado deve ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar.

Cuidado comunitário do idoso deve basear-se na família e na atenção básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sob a Estratégia de Saúde da Família.

O processo de construção do SUS.

Constituição Federal de 1988 e pelas leis complementares.

Pilares da Universalização, da Integralidade, da Descentralização e da Participação Popular.

Prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar.

Cobertura e resolubilidade baixas e com elevados custos, gerando grande insatisfação por parte dos gestores, dos profissionais de saúde e da população usuária dos serviços.

Reforma proposta com o uso potencializado da Atenção Básica, complementada pela rede de serviços especializados e hospitalares.

Estratégia de Saúde da Família, reorganizando o modelo tradicional.

Reconhecer a saúde como um direito de cidadania.

Identificar fatores de risco e neles intervir de forma adequada.

Organização da comunidade para o efetivo Controle Social.

Multicausalidade dos processos mórbidos sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais quanto coletivos.

Trabalho interdisciplinar.

Equilíbrio entre indivíduo e o ambiente.

Realidade das famílias que moram em sua área de abrangência.

Diagnóstico psicossocial que detecte situações de vulnerabilidade familiar.

Prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assistência integral e contínua a todos os membros da família vinculada a UBS, em todos os ciclos vitais

Perfil populacional.

Queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos os grupos etários.

Evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva.

Longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea.

Plano local para o enfrentamento dos problemas dos idosos.

Vigilância à saúde da pessoa idosa.

Criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito.

Realização de visitas domiciliares.

Garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência.

Coordenação, participação ou organização de grupos de educação para a saúde.

Promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais da comunidade.

Responsabilização compartilhada.

Compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno.

Desenvolver trabalhos intersetoriais (escolas, clubes, igrejas, associações).

Desenvolver ações que visem práticas sanitárias no domicílio.

Atenção básica a saúde do idoso é um processo eminentemente educativo.

Estimular a organização de grupos de idosos, com vistas a melhorar sua qualidade de vida.

Construir coletivamente um saber direcionado às práticas de educação em saúde.

Cadastro das famílias.

Estimar e caracterizar a população idosa na sua área de abrangência.

Identificar os condicionantes e determinantes das doenças prevalentes em sua área de abrangência.

Identificar métodos e técnicas de ensino-aprendizagem mais adequados à capacitação de pessoas da comunidade que lidam com idosos.

Desenvolvimento de ações de caráter coletivo voltado à prevenção individual e coletiva.

Ensinar a administração de medicamentos em casa, utilização de tratamento sintomático e detecção de sinais/sintomas que requeiram retorno imediato à unidade de saúde.

Aconselhar a alimentação adequada ao paciente idoso.

Traçar estratégias para grupos com deficiência mental, física, com desnutrição ou vítimas de violência intrafamiliar.

Realizar consulta médica para avaliação dos fatores de risco, confirmar diagnósticos e identificar processos terapêuticos específicos.

Avaliar instabilidade postural, imobilidade, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia.

Identificar causas orgânicas e psicossociais.

Explicar tratamento medicamentoso e não medicamentoso específico de cada agravo.

Acompanhar o idoso doente até sua cura.

Atender urgência geriátrica.

Encaminhar a unidade de referência quando necessário.

Acompanhar a evolução de pessoas idosas até sua total recuperação e ou

reabilitação.

Programar visitas domiciliares.

Realizar assistência domiciliar a pessoas idosas em condições clínicas necessárias.

Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem.

Adequada abordagem da pessoa idosa.

Aumento da idade representa uma efetiva e progressiva ameaça para a saúde da pessoa idosa.

Desafio de traçar limites entre o que se pode considerar como envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas gradativas e as características patológicas que podem instalar-se durante o processo.

Formação básica e pós-graduação devem dar ênfase para a adequada execução das ações previstas para uma atenção básica competente e humanizada.

Qualificação da atenção básica desencadeada pelo MS em parcerias com gestores estaduais e municipais, tanto quanto com instituições de ensino superior.

Desenvolvimento do processo de educação permanente.

Capacitação dos ACS.

F) Leitor Modelo:

O texto apresentado destina-se a todos os profissionais da saúde, principalmente aos das Unidades Básicas de Saúde, vinculados a Estratégia de Saúde da Família, com vistas ao atendimento do idoso.

ANEXO A – EXEMPLO DE UM ARTIGO ANALISADO

Cadernos de Saúde Pública
ISSN 0102-311X *versão impressa*

Cad. Saúde Pública v.19 n.3 Rio de Janeiro jun. 2003

→[carregue o artigo em formato PDF](#)

doi: 10.1590/S0102-311X2003000300016

OPINIÃO OPINION

Abordagem do idoso em programas de saúde da família**Approach to the elderly in family health programs**

Jorge Alexandre Silvestre^I; Milton Menezes da Costa Neto^{II}

^IDepartamento de Medicina Interna, Universidade Federal de Rio Grande. Rua Engenheiro Alfredo Huch 475, Rio Grande, RS 96201-900, Brasil

^{II}Centro de Saúde de Candangolândia, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Área Especial 5/7, Lote 17, Candangolândia, DF 71725-500, Brasil.

ABSTRACT

This article discusses the role of the Brazilian National Policy for Senior Citizens' Health in the promotion of healthy aging, preservation and improvement of functional capacity in the elderly, disease prevention, recovery of those who fall ill, and rehabilitation of those with limited functional capacity, will the goal of ensuring that senior citizens can remain in their surroundings and independently exercise their functions in society. Care for the elderly should be based primarily on the family, with support from primary health care services, under the family health strategy, representing a link between the elderly and the health system. The article goes on to list some health problems among the elderly in which family health programs can have a major impact. The Family Health Strategy in Brazil is analyzed in relation to health care for the elderly, along with the responsibilities, skills, and attributions required by the health care team.

Keywords: Family Health Program; Aging Health; Health Services for the Aged

RESUMO

Discorre-se sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso cujo propósito basilar reside na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção e melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, na prevenção de doenças, na recuperação da saúde dos que adoecem e na reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. O cuidado do idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família com o apoio das Unidades Básicas de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, as quais devem representar para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde. Após, são listados alguns dos problemas de saúde do idoso em que os programas de saúde da família podem causar um impacto importante. Se analisa a Estratégia de Saúde da Família no Brasil em relação à atenção ao idoso, além das competências, habilidades e atribuições necessárias da equipe.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos

A política nacional de saúde do idoso

No Brasil, em dezembro de 1999, o Sr. Ministro da Saúde, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, bem como, a conclusão do processo de elaboração da referida política que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema e, considerando ainda, a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso e determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999).

Esta Política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (CEI-RS, 1997; Ramos et al., 1993). A presença de uma ou mais enfermidade crônica, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. De fato, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidade crônica. Os mesmos estudos citados acima revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (Ramos et al., 1993).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta *"como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade"* (Brasil, 1999:21).

Para o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram definidas como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa estada, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores (Galinsky, 1993).

A internação dos idosos em serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e autonomia. Mesmo a internação hospitalar por curto prazo de tempo leva a este tipo de perda. Sager et al. (1996) demonstraram que, comparando a capacidade para realização de atividades básicas da vida diária que o idoso possuía antes da internação, em um leito de agudos por curto prazo de tempo, em relação à do momento da alta, levou a uma significativa queda desta capacidade. Em nova avaliação, três meses após, verificou-se que os níveis de capacidade funcional não tinham sido totalmente recuperados em relação aos de antes da internação.

O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, como proposto na política em tela, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional, demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende, essencialmente, do suporte informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar.

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

Características e demandas do idoso na atenção básica de saúde

Na Tabela 1, são listados alguns dos problemas de saúde do idoso em que a atuação dos Programas de Saúde da Família pode causar um impacto importante.

A estratégia de saúde da família no Brasil

O Brasil, nas últimas décadas, vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do SUS, regulamentado pela *Constituição Federal* de 1988 e pelas Leis Complementares, vem gradativamente ocorrendo sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Porém, o modelo assistencial ainda forte no país é caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando cobertura e resolubilidade

baixas e com elevado custo. Dessa forma, gera grande insatisfação por parte dos gestores do sistema, dos profissionais de saúde e da população usuária dos serviços. Assim sendo, o grande desafio para o sistema é conseguir traduzir os avanços obtidos no campo legal em mudanças efetivas e resolutivas da prática da atenção à saúde da população. O êxito da reforma proposta com o uso potencializado da atenção básica, complementada pela rede de serviços especializados e hospitalares, vem sendo a busca permanente dos gestores de saúde.

Nesse contexto, o MS assumiu, a partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família, visando à reorganização do modelo tradicional por intermédio da reesquematização da atenção básica à saúde. A proposta é uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, assumindo os compromissos de:

- Reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde;
- Prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Apesar de essa Estratégia ser operacionalizada a partir das UBS, todo o sistema deve estar estruturado segundo a sua lógica, pois a continuidade da atenção deve ser garantida, por um fluxo contínuo setorial. A implantação da mesma vem possibilitando a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

O profissional deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos, contextualizando, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente. Deve estar voltado à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença e, basicamente, por meio do trabalho interdisciplinar. Dessa maneira, o profissional de uma UBS sob a nova estratégia atua nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais abrangente. Para tanto, ele busca conhecer detalhadamente a realidade das famílias que moram em sua área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais. Cabe a ele, também, identificar os problemas de saúde prevalentes na área de sua abrangência e, construir, junto com as famílias, um diagnóstico psicossocial que detecte situações de vulnerabilidade familiar. Ele planeja, organiza e desenvolve ações individuais e coletivas, avaliando, de forma constante, seus resultados. Para tanto, é necessário que ele tenha uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de uma prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A atenção ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à UBS, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. Cabe a atenção do profissional à mudança do perfil populacional em sua área de abrangência, com o aumento progressivo da população idosa fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos grupos etários. A ele é requerida uma especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o, como apregoa a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais freqüentes e sua intervenção, bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Assim sendo, a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais que atuam na atenção básica devem Ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental.

Visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Não devem aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que esse ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. As "coisas da idade" não devem ser vistas como uma determinação, mas, sim, como possibilidade.

Como destaca o primeiro Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa editado pelo Departamento de Atenção Básica do MS *"a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras"* (Costa Neto & Silvestre, 1999:11).

Competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção básica sob a estratégia de saúde da família voltadas à pessoa idosa

Atribuições comuns da equipe

- Conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais o idoso está exposto, e a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos mesmos;
- Execução, de acordo com a formação e qualificação de cada profissional, dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa;
- Valorização das relações com a pessoa idosa e sua família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;

- A realização de visitas domiciliares de acordo com o planejado;
- Prestação de assistência integral à população idosa, respondendo às suas reais necessidades de forma contínua e racionalizada;
- Garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar;
- Coordenação e participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde;
- Promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados na população idosa, além da fomentação da participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.

Competências e habilidades requeridas ao médico e/ou enfermeiro

Podem ser destacadas as seguintes competências e correspondentes habilidades requeridas, no que diz respeito à saúde do idoso no nível da atenção básica:

- Promoção da saúde do idoso: capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável. Aqui temos as seguintes habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro:
 - a) Compreender o significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais);
 - b) Compreender a influência da família, da comunidade, das instituições e dos valores culturais e sociais no processo permanente de manutenção funcional e da autonomia do idoso;
 - c) Estimular a iniciativa, a organização e a participação da comunidade em atividades inter-relacionadas em prol da qualidade de vida das pessoas idosas;
 - d) Compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, sem perder de vista, entretanto, que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para o equilíbrio dinâmico do indivíduo, ou seja, sua saúde;
 - e) Compreender as diferenças entre o que se pode considerar como envelhecimento normal, com suas limitações fisiológicas gradativas, e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo;
 - f) Identificar possíveis fatores de risco à saúde do idoso, assim como os sintomas claros ou não específicos de qualquer alteração física ou mental;
 - g) Identificar ações de promoção à saúde da pessoa idosa, desenvolvidas pelos setores governamentais e não governamentais, na área de abrangência da UBS;
 - h) Estabelecer parcerias, visando ao desenvolvimento do trabalho intersetorial (escolas, clubes, igrejas, associações e outros);
 - i) Gerar, reproduzir e disseminar informações relativas ao desenvolvimento integral da pessoa idosa para que a população seja informada e possa participar ativamente do processo de forma integral e abrangente;

j) Desenvolver ações que visem à melhoria das práticas sanitárias no domicílio, bem como a vigilância à saúde do idoso;

k) Entender a atenção básica à saúde do idoso enquanto processo eminentemente educativo, uma vez que se baseia no estímulo e apoio para que eles se mantenham, o máximo possível, no controle de sua saúde e de sua vida;

l) Estimular a organização de grupos de idosos para discussão e troca de experiências relativas à sua saúde e como melhorar a qualidade de vida, mantendo-se participante ativo em sua comunidade;

m) Construir coletivamente um saber direcionado às práticas de educação em saúde do idoso que integre a participação popular no serviço de saúde e ao mesmo tempo aprofunde a intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade;

n) Realizar o diagnóstico das condições de vida e de saúde da família e da comunidade na qual a pessoa idosa está inserida mediante as informações do cadastro das famílias;

o) Estimar e caracterizar a população de idosos da área de abrangência da equipe de saúde, na perspectiva de enfoque de risco;

p) Identificar as doenças prevalentes da população idosa na área de abrangência do trabalho da equipe, bem como seus determinantes;

q) Acompanhar e avaliar permanentemente o impacto das ações sobre a realidade inicialmente diagnosticada das condições de vida e de saúde da pessoa idosa, na perspectiva de se atingir a situação desejada, pela identificação e desenvolvimento de indicadores de avaliação de processo e de resultado em relação às ações desenvolvidas;

r) Identificar métodos e técnicas de ensino-aprendizagem mais adequados à capacitação de pessoas da comunidade que lidam com práticas de cuidado às pessoas idosas.

- Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na população idosa: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica e o monitoramento das doenças prevalentes na população idosa. Neste contexto, as habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro são:

a) Conhecer as condições de vida e de saúde da pessoa idosa em seu contexto familiar na área adstrita à unidade de saúde (aspectos demográficos, perfil de morbi-mortalidade mortalidade por causa específica, maltrato e abandono renda e pobreza, trabalho);

b) Desenvolvimento de ações de caráter coletivo voltadas à prevenção individual e coletiva com base nos fatores de risco universais à saúde da população idosa;

c) Associar aos fatores de risco universais a outros que podem adquirir pesos variáveis de acordo com a realidade da área de abrangência da equipe de saúde;

d) Orientar as pessoas idosas, seus familiares, seus cuidadores e a comunidade acerca de medidas que reduzam ou previnam os riscos à saúde da pessoa idosa;

e) Identificar as condições do meio ambiente físico, social e domiciliar que constituem risco para a saúde da pessoa idosa.

- Identificação de agravos e recuperação da saúde no idoso: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos principais problemas da pessoa idosa.

a) Habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro:

1) Ensinar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a administração de medicamentos em casa, a utilização de tratamento sintomático e a detecção de sinais e/ou sintomas que requeiram retorno imediato à unidade de saúde;

2) Aconselhar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a alimentação apropriada à pessoa idosa doente e sobre quando retornar à unidade de saúde;

3) Identificar grupos específicos e traçar estratégias para a redução de danos no idoso com deficiência física ou mental, com desnutrição e vítima de violência intrafamiliar.

b) Habilidades específicas do médico:

1) Realizar consulta médica para avaliação dos fatores de risco, confirmação diagnóstica e identificação de processos terapêuticos específicos referentes aos transtornos físicos e mentais prevalentes na população idosa;

2) Avaliar a pessoa idosa, classificando-a segundo o risco, em relação aos problemas típicos de sua idade: imobilidade, instabilidade postural, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia, bem como empregar terapêuticas específicas;

3) Realizar consulta médica com vistas a identificar possíveis causas orgânicas ou causas psicossociais com os idosos que apresentam problemas de relacionamento;

4) Explicar à pessoa idosa, aos familiares e/ou aos cuidadores os aspectos referentes ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso específicos de cada agravo;

5) Usar tratamento não medicamentoso e medicamentoso de acordo com a necessidade;

6) Acompanhar o idoso doente, na unidade ou no domicílio, até a sua cura;

7) Realizar atendimentos de primeiros cuidados nos casos de urgência geriátrica;

8) Encaminhar o idoso refratário aos tratamentos convencionais ou com doenças não compatíveis com a complexidade da UBS para unidades especializadas de referência;

9) Acompanhar a evolução de pessoas idosas que foram encaminhadas a outros serviços até sua total recuperação e/ou reabilitação.

c) Habilidades específicas do enfermeiro:

1) Programar visitas domiciliares ao idoso em situação de risco ou pertencente a grupos de risco e por solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

2) Realizar assistência domiciliar da pessoa idosa quando as condições clínicas e familiares da mesma permitirem ou assim o exigirem;

3) Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem visando ao desempenho de suas funções na atenção integral à pessoa idosa.

Desejo e realidade

Almeja-se para o trabalho na atenção básica sob a Estratégia de Saúde da Família uma adequada abordagem da pessoa idosa. Busca-se a necessária compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. Entretanto, as equipes de

saúde da família não podem perder de vista que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o passar do tempo e, conseqüentemente, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para saúde da pessoa idosa. Frente a tal realidade, o profissional de saúde enfrenta o desafio de traçar limites entre o que se pode considerar como envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas gradativas e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo. Diversos fenômenos que eram tidos como normais com o avançar da idade, hoje são considerados como decorrentes da instalação de processos patológicos, e devem ser precocemente identificados e trabalhados de forma participativa e efetiva.

Os cuidados para uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, com uma expectativa de vida ativa máxima possível, junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia máximas possíveis.

Idealmente seria que todas as UBS já trabalhassem com os princípios acima apontados, com as competências e atribuições mencionadas, bem como suas habilidades respectivas. Ocorre que, no Brasil, a formação básica na graduação, como a pós-graduação, esta última, em especial, fundamental para a adequada execução das ações previstas para uma atenção básica competente e humanizada, estão bastante aquém das necessidades nacionais. É necessária a formação de profissionais, no âmbito da pós-graduação, voltados ao trabalho na atenção básica, fazendo dela importante e eficiente nível do sistema de saúde.

Merecem destaque importantes iniciativas voltadas à qualificação da atenção básica desencadeadas pelo MS em parceria com os gestores estaduais e municipais, tanto quanto com diversas instituições de ensino superior. Buscam, em sua maioria, a formação pós-graduada de profissionais desejosos de aderirem a proposta, bem como a melhoria da graduação e o desenvolvimento do processo de educação permanente. Procuram, também, a capacitação do ACS de saúde como importante trabalhador integrante da equipe de saúde e não apenas como um membro da comunidade informante de seus problemas. A atenção à saúde do idoso está inserida em todos os cursos de especialização em saúde da família, bem como nos processos de educação permanente, na busca de se atingir a abordagem idealmente proposta para esse grupo etário, sempre em seu contexto familiar e social.

Cabe a todos aqueles que lidam direta ou indiretamente com a Estratégia de Saúde da Família, quer seja na sua prática, na qualificação de seu pessoal ou no suporte especializado às suas equipes, estarem atentos à permanente necessidade de capacitação e formação de seus profissionais, visando fazer com que a atenção básica à saúde do povo brasileiro possa ser competente, humanizada e resolutiva, realidade possível e desejada por todos, gestores, docentes, profissionais e, acima de tudo, pela própria população.

Referências

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 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*, nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.

CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso Rio Grande do Sul), 1997. Considerações finais. In: *Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida: Relatório de Pesquisa* (CEI-RS, org.), p. 71, Porto Alegre: CEI.

COSTA NETO, M. M. & SILVESTRE, J. A., 1999. *Atenção à Saúde do Idoso Instabilidade Postural e Queda*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.

GALINSKY, D., 1993. Atención progresiva. In: *La Atención de los Ancianos: Um Desafio para los Años Noventa* (E. Anzola-Péres, D. Galinsky, F. Morales-Martínez, A. Salas & M. Sánchez-Ayénde, org.), Publicación Científica 546, pp. 219-329, Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.

GUIMARÃES, R. M., 1996. *Assistência ao Idoso Proposta de Implantação*. Brasília: Caixa dos Funcionários do Banco do Brasil.

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. & KALACHE, A., 1993. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8:313-323,.

SAGER, M. A.; FRANKE, T. & INOUE, S. K., 1996. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older person. *Archives of Internal Medicine*, 156:645-652.
[[Medline](#)]

Recebido em 18 de abril de 2002
Versão final reapresentada 1 de outubro de 2002
Aprovado em 28 de outubro de 2002

© 2006 Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.: +55 21 2598-2511 / +55 21 2598-2508
Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514

cadernos@ensp.fiocruz.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)