



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação - VRPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Educação em Saúde

OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS A VISITA DOMICILIÁRIA POR IDOSOS
ASSISTIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FLORIANO-PIAUI

CHRISTIANNE MACEDO DA ROCHA

Fortaleza- Ceará

2006

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

CHRISTIANNE MACEDO DA ROCHA

**OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS A VISITA DOMICILIÁRIA POR IDOSOS
ASSISTIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FLORIANO - PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Mestrado
em Educação em Saúde para a
obtenção do título de mestre em
Educação em Saúde.

Linha de pesquisa: cultura, redes
sociais e humanização do cuidado

Orientadora: Prof^a.Dr^a Fátima Luna Pinheiro Landim

**Fortaleza- Ceará
2006**

CHRISTIANNE MACEDO DA ROCHA

**OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS A VISITA DOMICILIÁRIA
POR IDOSOS ASSISTIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE FLORIANO - PIAUÍ**

Dissertação aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Fátima Luna Pinheiro Landim - UNIFOR

PRESIDENTE

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Cavalcanti Lefrève - USP

1º MEMBRO EFETIVO

Prof^a. Dr^a Célia Pereira Caldas - UERJ

2º MEMBRO EFETIVO

Prof.^a Dr^a Fátima Maciel Araújo - UFC

MEMBRO SUPLENTE

DEDICATÓRIA

Em círculo mais intenso, bem junto do meu coração, dedico este trabalho aos responsáveis pela motivação, tranquilidade, carinho e desprendimento: meus pais Pedro e Eva, que são a base de toda a minha formação, com quem aprendi que a busca do conhecimento exato é o verdadeiro caminho do crescer, e que o amor, o respeito, a gratidão e a humildade são os melhores aliados a serem seguidos por um ser humano de bem. Eles são meus verdadeiros parâmetros profissionais e emocionais. São as razões especiais da minha vida.

Ao meu irmão Pedro Junior pela confiança depositada e pela oportunidade de realizar este sonho. Agradeço o constante incentivo sempre me dispensado desde o início das atividades do mestrado. Pela força que sempre me deu durante as horas mais difíceis. Por fazer minhas vezes e resolver alguns problemas quando a falta de tempo não permitia que eu o fizesse. Muito, muito obrigada mesmo!.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter-me dado a coragem e a vontade suficientes para prosseguir. Também, por ter colocado no meu caminho as pessoas certas, no momento certo, as quais me deram força e auxílio para que, assim, eu superasse todos os obstáculos e pudesse alcançar mais uma vitória.

1

Aos Professores componentes da banca examinadora, Profa. Dra. Fátima Maciel, Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefrève pelas contribuições para o enriquecimento deste trabalho, e, em especial, à Profa. Dra. Célia Caldas por seu encorajamento e seu interesse em relação ao idoso..

A todos os idosos que protagonizaram essa pesquisa que, igualmente, não temeram expor suas dores, mas também suas alegrias e esperanças, minha emocionada homenagem. Com eles aprendi um pouco mais sobre coragem e força desses idosos para enfrentarem um mundo tão injusto e tão sofrido, principalmente na situação que estão.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado por ter estruturado o meu raciocínio e ter-me feito sentir e crescer a nível stricto sensu na Pós Graduação, pelas excelentes aulas, conversas interessantes, opiniões pertinentes e orientação bibliográfica;

A minha professora Fátima Luna, a quem eu admiro desde os tempos da graduação e muito mais que orientadora, pela dedicação, disponibilidade e quem se tornou ao longo desses dois anos, parceira de reflexões e lutas e, sobretudo, uma amiga. Sem nossas férteis trocas de idéias e energias e, especialmente o estímulo nos momentos em que me desesperei, eu não tinha conseguido chegar ao final deste trabalho.

A minha cunhada Profa. Dra. Grace Rocha, pelo estímulo dado na fase preparatória da minha entrada no mestrado. Assim como, sua disponibilidade e sensibilidade em tolerar minhas limitações e a me estimular com seus ensinamentos a engajar no saber acadêmico.

A Coordenadora do mestrado, Profa. Dra. Raimunda Magalhães com sua grandeza de sua simplicidade, prudência e compromisso com o saber e pelos desprendimentos em nos conduzir, no curso, não como simples alunos, mas como futuros colegas e compromissados com o saber da academia.

Às minhas cunhadas, além dos sobrinhos pelo amor que nos une e por toda a ajuda que me deram ao longo de minha vida. Apesar de não viverem os dois anos do Mestrado ao meu lado, tenho certeza que torceram por mim e acreditaram nas minhas escolhas;

Ao Dr. Telmo Mesquita pelo apoio e por compreender a importância da minha ausência durante o mestrado.

Aos meus amigos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram com carinho e atenção para a realização desta dissertação e pelo espírito leal de companheirismo, em especial: Gladys, Roberto e Patrícia Collares

Aos meus colegas de turma: Viviane, Luciana e Silvana Montenegro

Aos funcionários do mestrado, Cleide, Marciliano, Abreu e o saudoso Rafael. Obrigada pelo apoio

A todos que, de uma forma ou de outra contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu irmão Jairo, em quem eu me espelhei no que se refere à dedicação aos estudos.

Ao meu irmão Jaime, pelo amor e incentivo que sempre me deu, pela fé, pelo carinho e palavras de incentivo, pois sempre pude contar com sua colaboração.

Ao meu namorado Marcelo, meu amor, por ter sido e por ser meu companheiro e amigo de todas as horas difíceis, por permitir expandir meus conhecimentos bem como pela compreensão das horas de ausência, honrando sua paciência em me esperar, pelo incentivo e apoio, sem o que não seria possível a realização deste trabalho.

"Os momentos mais esplêndidos da vida não são os chamados dias de êxito, mas sim, aqueles dias em que, saindo do desânimo e do desespero, sentimos erguer-se dentro de nós um desafio: a vida e a promessa de futuras realizações" Gustave Flaubert

RESUMO

O domicílio é visto hoje como um espaço em que as pessoas podem manter a estabilidade de seus problemas mórbidos, com boa qualidade de vida. Assim, a experiência de cuidar de pessoas em casa é uma realidade cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias, e uma tendência das políticas públicas de saúde. Entretanto, no tocante a atuação das equipes do Programa Saúde da Família, apesar destas conhecerem as estratégias e de tenderem a conduzir-se dentro do enfoque de mudanças, ainda muito se tem a avançar quando nos referimos a visita domiciliar (VD). O objetivo desta pesquisa foi compreender os significados atribuídos à visita domiciliar por idosos assistidos pelo Programa Saúde da Família de Floriano-Piauí. A modalidade de pesquisa escolhida foi a descritiva, com ênfase na dimensão qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de roteiro de entrevista semi-estruturado, sendo a ordenação dos dados realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo, a partir da identificação das Idéias Centrais e Expressões-Chave, presentes nos discursos individuais. O estudo foi realizado com 15 (quinze) idosos cadastrados e acompanhado por uma equipe de saúde da família. A maioria dos entrevistados foi mulher na faixa etária 60 a 80 anos, de baixa renda e baixa escolaridade, acometidas por patologia que gerou algum tipo de dependência. As entrevistas foram realizadas no próprio domicílio dos idosos durante o mês de julho e agosto de 2006. Os resultados apontam para o fato de a visita domiciliar ser necessária e desejada pelos idosos. No entanto, alguns discursos demonstraram insatisfações principalmente no que diz respeito ao relacionamento equipe de saúde-cliente e a ausência da equipe completa durante a VD. Constatou-se ainda uma VD que aborda o pólo tradicional de oferta de serviços de saúde voltados para o indivíduo e a doença. Alguns discursos provocam reflexões no sentido da necessidade de conduzir a VD como prática de saúde que busca satisfazer o usuário, estimulando-o ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de participação social efetiva.

Descritores: Saúde do Idoso, Visita Domiciliar, Saúde da Família.

ABSTRACT

The domicile is seen today as a space in which people can keep the stability of their unhealthy problems, with a good quality of life. Thus, the home people care experience is a reality each day more frequently in the families' routine, and a tendency of the public health politics. However, considering the actuation of the Family Health Program's teams, despite knowing the strategies and tending to lead themselves inside the changes' focus, there is still more to advance when we refer to domicile visit. The objective of this research was to comprehend the meanings attributed to the domicile visit by aged assisted by the Family Health Program of Floriano – Piauí. The research modality chosen was the descriptive, with emphasis in qualitative dimension. The data collect was accomplished through the semi-structured interview guidelines, being the data ordination accomplished trough the Collective Subject Speech, from the identification of the Central Ideas en Key-Expressions, present in the individual speeches. The study was accomplished with 15 (fifteen) registered aged and followed by a family health team. The majority of the interviewed was women in the age range of 60 and 80 years, of low income and low education, taken by illness that generated some sort of dependence. The interviews were accomplished in the own aged domicile during the month of July and August of 2006. The results point to the fact that the domicile visit is necessary and desired by the aged, however some speeches showed dissatisfaction mainly about the health team-client relationship and the absence of the complete team during the DV. It was stated a DV that approaches the traditional pole of health services offers focused to the individual and the illness. Some speeches caused reflections in the direction of the necessity to lead a DV as a health practice that seeks to satisfy the user, stimulating him to recognize the health as citizenship right and, therefore, expression of effective social participation.

Key-word: Aging Health, Home Visit, Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Descrição do Problema	12
1.2 Minha Inserção na Temática de Estudo: Construindo um Saber em Saúde	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Envelhecimento no Brasil	20
2.2 O Programa Saúde da Família: definições e características	23
2.3 Visita Domiciliaria: Um resgate histórico	31
2.4 Visita Domiciliária e PSF	36
3. PERCUSO METODOLOGICO	40
3.1 Contexto operacional da pesquisa	40
3.2 Abordagem e tipo de estudo	41
3.3 Cenários do Estudo	42
3.4 Os sujeitos do estudo	43
3.5 Período e Procedimentos de Coleta dos dados	44
3.6 Ordenação e análises dos dados	46
3.7 Aspectos Éticos	49
4. ANÁLISES DOS DADOS EMPÍRICOS	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	81
APÊNDICE B – CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO	82
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83

INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do Problema

O Programa Saúde da Família (PSF) - ou estratégia, denominação mais comumente utilizada - tem como proposta a reorientação do modelo assistencial, ao tomar o indivíduo, a família e a comunidade como eixo de atenção. Possibilita, dessa forma, olhar para um grupo populacional específico, como no caso do grupo de idosos, que necessita, mais comumente, de estratégias que envolvam ações inter-setoriais para conformar uma atenção de melhor qualidade e resolutividade (BRASIL, 2001).

Dentro do processo de reorientação vigente, a visita domiciliar (VD) surge como proposta, e, dentre outros aspectos, vem auxiliando na descentralização da assistência; com a peculiaridade de minimizar fatores agravantes da saúde do indivíduo e da família, associados ao ambiente hospitalar.

Acerca da temática, Girardon-Perlini (2001) escreve que o domicílio é visto hoje como um espaço em que as pessoas podem manter a estabilidade de seus problemas mórbidos, com boa qualidade de vida. Assim, a experiência de cuidar de pessoas em casa é uma realidade cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias coordenada com a tendência das políticas públicas de saúde. A escritora inglesa Caroline Richmond descreve muito bem a função principal das políticas de assistência domiciliar: “O propósito é dar às pessoas a ajuda de que necessitem para permanecer em suas casas tanto quanto possível, se isto for o que desejarem” (RICHMOND, 1994).

Em consonância com essa realidade que se descortina, as políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio constitui-se no melhor local para o idoso envelhecer, sendo que permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade. Além do mais, a visita domiciliar pode contribuir para evitar institucionalização hospitalar ou asilar, quando estas não são necessárias ou uma escolha do idoso.

Outros potenciais benefícios para o idoso da VD são: as diminuições dos custos hospitalares; a redução do risco de infecção hospitalar, antecipação do diagnóstico, personalização do atendimento e possibilidade de maior orientação ao paciente e a família.

De acordo com a Política Nacional de Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (2006), ficou estabelecido como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais: Idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas, portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos e portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Entretanto, durante cinco anos na Coordenação do PSF, constatei que, no tocante a atuação das equipes, apesar destas conhecerem as estratégias e de tenderem a conduzir-se dentro do enfoque de mudanças, ainda muito se tem a avançar quando nos referimos a visita domiciliar (VD). Há pouco envolvimento por parte dos profissionais, conseqüência das dificuldades relacionadas à realidade geográfica, que é de terrenos acidentados e de difícil acesso aos domicílios; a realidade de precariedade da população; e a carência de recursos

materiais por parte do serviço. Ainda são incipientes os dados de feedback obtido da população que se beneficia da VD, sendo essa realidade mais presente no grupo dos idosos dependentes, uma vez que estes não conseguem ter voz ativa na comunidade nem se deslocarem até o serviço para expor seus interesses e insatisfações.

Vivencia-se, deste modo, obstáculo à efetivação de uma VD em acordo com as expectativas e necessidades dos grupos assistidos, prevalecendo à intuição profissional e as imposições de um bojo de ações previstas pelos programas. O que se passa a verificar no serviço é uma espécie de acomodação, em função da qual o profissional limita-se a realizar a VD como uma tarefa: para cumprirem horários e atingir metas. Ignora-se, deste modo, a VD como estratégia de intervenção na família, que oportuniza a oferta de suportes sociais (informativo, emocional e material).

Um outro aspecto problemático da temática decorre da inexistência de meios que possibilitem à equipe conhecer o grau de satisfação/aceitação dos usuários acerca deste tipo de estratégia; obtendo, a partir disto, parâmetros para sua adequação, melhoramentos e ampliação.

Diante do exposto, decidiu-se desenvolver estudo voltado para o objetivo de: ***descrever os significados atribuídos à visita domiciliar por idosos dependentes assistidos no Programa Saúde da Família.***

A relevância do estudo encontra-se, pois, em valorizar a subjetividade dos idosos ao descrever a visita domiciliar e o acompanhamento profissional, apreendendo os significados expressos pelos mesmos. Os achados nesse

âmbito podem contribuir para a ampliação da VD e adaptação/transformação de práticas que passarão a corresponder às necessidades dos idosos, vez que se estará de posse da realidade pensada e vivida por estes junto à equipe que o assiste.

1. 2 Minha Inserção na Temática de Estudo: Construindo um Saber em Saúde

A presente dissertação surge de uma inquietação da minha prática profissional como enfermeira e coordenadora, frente ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e posteriormente Programa de Saúde da Família por um período de cinco anos.

Foi em março de 1997 que ouvi falar pela primeira vez em PSF – Programa de Saúde da Família. Nesta época, recém - formada, fui convidada para trabalhar na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. O convite me foi feito pela Secretaria de Saúde do município de Floriano – um município de médio porte do Estado do Piauí, situado a 240 km de Teresina, capital do estado. A proposta básica para minha atuação foi a de reimplantar o PACS que havia sido extinto há alguns anos atrás, bem como de supervisionar e promover o treinamento dessas pessoas e, juntamente com o restante da equipe de saúde, discutir e organizar da melhor maneira possível o PACS já que o PSF logo seria implantado.

Este convite me alegrou, porque o PSF é um modelo de assistência do SUS – Sistema Único de Saúde – e suas premissas básicas são convergentes com a minha visão de mundo. Para mim, saúde sempre esteve relacionada com

a vida, com o modo de viver das pessoas. Estas coisas desafiavam-me a entender melhor a organização da própria sociedade. O PSF, ao propor mudar o conceito tradicional de saúde e relacioná-lo com a idéia da qualidade de vida, e não apenas ao combate as doenças, desafiam os seus aliados a uma grande luta para realizar seus ideais. Concluí que concretizar o SUS, através do PSF, pode significar a possibilidade de melhorar as condições de vida da população brasileira através da utilização racional dos recursos existentes e disponíveis, tendo como base a família. Outro ponto, que para mim pareceu desafiante, mas que ao mesmo tempo foi fator de estímulo e desejo de contribuir para que o PSF desse certo foi o fato de seu financiamento vir de recursos federais, ou pelo menos, uma boa parte desse recurso, já que a prefeitura tem que ter sua contrapartida. A meu ver, o fato de se programar ações com recursos federais, amplia e legitima o espaço e a argumentação das pessoas no exercício da cidadania. E, evidentemente, aumenta a responsabilidade desses cidadãos e a necessidade de participação no controle social. Responsabilidade e participação que podem e devem ser efetivadas nos diversos espaços existentes na sociedade: associações comunitárias, conselhos municipais de saúde, sindicatos, encontros, conferencias, entre outros.

Nesta época, alguns amigos da área e de outros municípios já haviam me informado da implantação do PSF em alguns municípios piauienses, dentre eles, a capital Teresina. E com a ajuda da coordenação estadual, não tive dúvidas, iniciei minha trajetória como enfermeira da família no ano de 1998, onde vislumbrei maiores possibilidades de realizar as minhas utopias no campo da

saúde, como cristã, profissional e cidadã, porque a vida é um constante aprendizado, para o qual a única exigência é querer e colocar-se em seu caminho.

Após os primeiros contatos com as pessoas, a instituição, os locais de trabalho e a dinâmica do serviço, pude perceber quão surpreendente seria para mim esta nova realidade. Começando pela existência e disponibilidade de recursos: financeiros, humanos e materiais. A minha primeira impressão foi a de que, se a qualidade de vida e saúde de uma população, está em grande parte relacionada à arrecadação e ao poder orçamentário de seu município, aqui, o sonho de construção de uma sociedade saudável, teria grande chance de se concretizar.

Busquei então identificar e compreender a filosofia do PSF. E, qualquer que fosse a resposta, uma coisa era certa: estávamos diante de um profundo desafio, não só para mudar o modelo de saúde, mas também a visão de mundo das pessoas. Talvez por isso, as associações, grupos e equipes encontrem certa dificuldade em agir fundamentado por uma filosofia, de responder ao desafio imposto, uma vez que transformar a realidade implica em mudar pessoas. Ora, mudar pessoas requer atitude ousada e exige antes de tudo, autotransformação.

A programação das ações em saúde, no seu conceito amplo, exige um pré-requisito básico, que tem raízes no respeito às diferenças, culturais, sociais, raciais e disciplinares, para ser verdadeiramente um trabalho em equipe. Entretanto, nas primeiras reuniões que participei para organização do PSF,

presenciei discussões, às vezes em tom agressivo, em relação à questão da interdisciplinaridade. Estas discussões eram permeadas por uma falta de reconhecimento da inserção de alguns profissionais no mercado de trabalho, neste caso, na época, o enfermeiro. Há muito que a problemática vivenciada pelos profissionais de enfermagem faz parte do meu mundo-vida, entretanto, como uma boa piauiense que sou, e interessada em conhecer melhor a realidade e me fazer conhecer, optei por procurar qual seria a filosofia ou espírito que estaria dando corpo e animação às ações praticas dos seus idealizadores antes de me posicionar contra ou a favor de qualquer situação.

Pouco a pouco a realidade foi se desvelando. Foram formadas inicialmente duas equipes, tendo como base a divisão de bairros. A equipe foi composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Depois aconteceu a inserção do profissional odontólogo no PSF. Hoje o município conta com vinte e três equipes de saúde da família e saúde bucal.

Éramos uma equipe multiprofissional, com sonhos e projetos de vida e trabalhos diferentes. Cada um, com o seu jeito e proposta de atuar e ver o mundo. O aprendizado de ser educadora exigiu de mim, a participação na vida das comunidades; essa participação ajudou-me a criar laços de amizades, fortalecer e criar relações e serviu como uma espécie de estratégia favorável À relação profissional-usuário nas consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares e nas atividades dos grupos operativos. Porém, nem só de competência e bons salários vive o trabalhador. Motivação e prazer também fazem parte do mundo do trabalho. Por isso mesmo é que muitos foram os

procedimentos, as atividades, as buscas e as conquistas no PSF neste sentido. E, como em outras circunstâncias da vida, houve muitos pontos que fortaleceram, estimularam e marcaram esta trajetória, onde estiveram presentes o crescimento e a cooperação das pessoas. Mas crescer e cooperar com o crescimento dos outros, exige mais que a existência e disponibilidade de recursos. É preciso querer e desejar. Através dessa postura, inúmeras foram as oportunidades e condições que tive no PSF de Florianópolis, de viver e experimentar o fazer prazeroso e o ir além das obrigações formais. Não saberia avaliar o grau de aproveitamento destas condições e oportunidades, mas sei que delas, fui capaz de usufruir.

Por esta razão, construir a saúde é um processo dinâmico, contínuo e sempre sujeito às atualizações. Este é um fato que torna o trabalho desafiante e, ao mesmo tempo, compensador. As buscas e as iniciativas de estratégias, de ações e de metodologias que promovam qualidade de vida da população e o prazer profissional, vão aos poucos, construindo esta construção. As decepções e as desesperanças, tão comuns no dia a dia, devem servir para lembrar-nos que somos frágeis e dialéticos. Mas a paciência e a teimosia nos impelem para frente em busca de um futuro melhor.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento no Brasil

O envelhecimento é um processo natural e inevitável. Sendo assim, a velhice é uma fase que, como a infância, a adolescência e a juventude, faz parte do ciclo biológico e natural da vida. Trata-se, ainda, de uma construção social e histórica devido às variadas formas pela qual o processo de envelhecimento é entendido e vivido em diferentes sociedades.

Para Assis (2004), o envelhecimento humano é um fato reconhecidamente heterogêneo, influenciado por aspectos socioculturais, políticos e econômicos, em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos.

Assim, crescer, reproduzir, envelhecer é algo que faz parte da história da humanidade, e Persini (1999) escreve que o século XX traz como conquista neste campo o aumento da longevidade.

A expectativa de vida aumentou em cerca de 20 anos. Se considerarmos os últimos dois séculos, ela quase dobrou. Constata-se, ainda, que, numericamente, os idosos têm aumentado significativamente nos últimos anos. Veras (1995), ainda na década de 90, previam esse fenômeno quando escreveu que em 2025 o Brasil ocuparia a sexta posição do mundo em números de idosos. Estimativas mais recentes prever 32 milhões de brasileiros idosos até o ano de 2020 (CALDAS, 2003).

A esse respeito à Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a população com mais de 60 anos crescerá de tal modo que, nos próximos vinte

anos, seremos a sexta população de idosos no mundo, com 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos; idade definida pela OMS como demarcatória do início da velhice em países em desenvolvimento como o Brasil. Isto é significativo, pois representará 15% da nossa população total.

Neste contexto, o processo de envelhecer deixou de ser um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos e tornou-se comum também aos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. No mundo inteiro os estudiosos, das mais diferentes áreas, têm se voltado para o crescimento da população brasileira. A razão principal desse interesse é o ritmo de crescimento da população idosa. Caldas (2003) escreve que, em termos proporcionais, a população de idosos é a que mais cresce, segundo projeções estatísticas. O número de idosos com mais de 60 anos de idade passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975; e de 14 milhões, em 2002, o equivalente a um aumento de 500% em 40 anos.

O fato de o Brasil envelhecer mais a cada ano é atribuído aos baixos níveis de fecundidade e à redução da mortalidade. Caldas (2003) aponta a redução da mortalidade infantil como principal razão para o aumento na expectativa de vida até a década de 1950. Entretanto, a partir daquela época, o responsável principal foi à melhoria das condições de vida da população com mais de 65 anos.

Essa melhoria das condições de vida da população idosa deve-se a diversos fatores interligados, como o aumento da renda média em vários países,

melhoria nas condições de educação, evolução da qualidade sanitária, inovações na medicina geriátrica etc.

Estamos em meio a um processo evolutivo caracterizado por uma progressiva queda da mortalidade em todas as faixas etárias, e um conseqüente aumento da expectativa de vida da população. Em seu livro “Valorização da Terceira Idade”, Caldas afirma que:

A velhice é uma etapa do ciclo da vida, a qual uma parcela crescente da população brasileira vem alcançando e desfrutando por mais tempo em virtude do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas (Caldas, 2003, p. 15).

Há, ainda, em relação à população de idosos, uma disparidade entre as regiões brasileiras: as baixas proporções de idosos se encontram nas regiões Norte e Nordeste, enquanto as regiões Nordeste, Sudeste e Sul a percentagem de idosos é de 7% ou mais. De outro lado, as maiores expectativas de vida ao nascer e as menores taxas de fecundidade encontram-se nas regiões sul e sudeste (PEREIRA NETO, 1997).

O Estado do Piauí - cenário maior do desenvolvimento deste estudo - já não é mais um Estado de jovens, visto que 10,7% da população residente têm 60 anos ou mais de idade, perdendo apenas para o Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro com 12,0% e 13,3% respectivamente. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2005, na pirâmide etária da população piauiense, a maior concentração, 21,4%, está no grupo de

25 a 39 anos de idade, seguido pelo grupo de 40 a 59 anos de idade que é de 17,7%.

Com o aumento da expectativa de vida, vivencia-se uma transição epidemiológica em que as doenças infecciosas agudas, mais incidentes na população infantil, estão sendo substituídas pelas crônico-degenerativas, que acometem os indivíduos na idade adulta e os mais idosos (DALY, 2004).

Diante da longevidade, cresce também a população que sofre com doenças. Vale ressaltar que é com o avanço da idade que o indivíduo fica mais vulnerável a alguns tipos de doenças, dentre as quais as doenças crônico-degenerativas. Estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica. Destes 85%, prevê-se que pelo menos 10% possuam no mínimo cinco afecções concomitantes (RAMOS, 2002).

2.2 O Programa Saúde da Família: Definições e características

Acrescentar “as agulhas e linhas” ao arsenal já conhecido como “termômetros e aparelhos de pressão” e, considerar a forma como o PSF em espaços específicos esta construindo este novo indivíduo (integralmente), pode ser um caminho para pensarmos na conquista deste desafio [...] de encontrar na teoria e na prática a totalidade fundamental do ser humano (TEIXEIRA; MISHIMA; PEREIRA, 2000, p.198).

O Brasil de hoje é, sem duvida, diferente do país de apenas duas décadas atrás. Mudanças internas, associadas à globalização que envolve todos os

países do mundo criaram uma nova realidade política e econômica, que se refletem nas condições de vida da população.

Na área da saúde, pode-se afirmar que muito se avançou com o preceito constitucional de que saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), deu-se um importante passo na modernização das ações de saúde no nosso país. O SUS, entretanto, não tem conseguido atingir plenamente seus objetivos de equidade e universalidade, devido a uma conjuntura de fatores, que inclui ingredientes de difícil manipulação, dentre eles a limitação de recursos financeiros, as amarras administrativas e gerenciais do setor público e o preparo técnico, científico e até mesmo humanitário de parte dos profissionais de saúde, sem deixar de mencionar constantes desavenças políticas, que não raro dificultam sua implantação (BRASIL, 2002).

Um novo modelo de atenção, fundamentado na família, com ênfase na vigilância à saúde, que propiciasse as famílias, o acesso aos cuidados primários de saúde e a melhoria da qualidade de vida pressupõe o desenvolvimento de um processo organizacional inserido em princípios é apresentado no ano de 1994 quando o Ministério da Saúde lança o Projeto Saúde da Família (PSF) definindo este como base estruturante deste novo modelo assistencial a ser implantado no país.

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, de acordo com esse novo referencial, tem dado origem a várias estratégias e programas de intervenção, entre eles o Programa Saúde da Família (PSF).

São muitos os países que já implantaram o PSF, ainda que com diferentes nomes: Espanha, Austrália, Inglaterra, Canadá, Estados Unidos. Também na América Latina alguns países como Cuba, Venezuela, Brasil e outros já estão com o programa implantado, cada um com suas particularidades.

Porém, o denominador comum entre eles tem sido alcançar bons resultados na aceitação e satisfação da população, bem como melhorar os indicadores de saúde e serviço.

Melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltada para a família e a comunidade, que incluía desde a promoção e proteção a saúde, até a identificação precoce e o tratamento de doenças foi o que objetivou que este novo modelo de atenção fosse implantado no nosso país.

Aqui no Brasil, o PSF tem como marco uma reunião entre técnicos do Ministério da Saúde e os secretários municipais de saúde, em dezembro de 1993, congregando atores de várias regiões do país de forma a romper com o confinamento das experiências de agentes comunitários de saúde (PACS) e suas experiências exitosas. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Entre elas, enumeramos o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma.

Implantado primeiro em cidades pequenas, situadas em áreas de baixa densidade populacional, onde a regra é a escassez de serviços e profissionais de saúde, que apresentavam maiores índices de morbidez mais próximas das

que caracterizam os países do terceiro mundo, o PSF apresentou resultados extraordinários (BRASIL, 1996).

Todos os estados brasileiros, em maior ou menor proporção, já conhecem este novo modelo de assistência à saúde da população. Mais de 3,5 mil municípios brasileiros tem equipes atuantes do Programa Saúde da Família (PSF). Ao todo, são 14.770 equipes. A nova ordem, com o modelo Programa Saúde da Família, é a promoção e a prevenção da saúde e não somente o atendimento as pessoas doentes.

Neste contexto, o Ministério da Saúde vem investindo, sistematicamente, na estratégia Saúde da Família e garantindo a ampliação do acesso a serviços de saúde com qualidade a todos os cidadãos. O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo implantado em todo o Brasil, como importante estratégia para reordenação do modelo assistencial. Prioriza as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

O Programa Saúde da Família, é uma estratégia para a consolidação do SUS, altera o modelo hegemônico de assistência à saúde, a partir da atenção básica, atuando como porta de entrada do sistema local de saúde, assumindo a responsabilidade pela atenção integral da população que reside na sua área de atuação e reorganizando as ações e os serviços dos demais níveis de atenção, trabalhando com um território de abrangência definido e uma população adscritícia, através da ação da Equipe de Saúde da Família (ESF). Onde,

segundo Paim (1986), o “Trabalho multiprofissional e interdisciplinar: não se trata de médicos de família, mas de equipes de saúde da família”.

Dominguez (1998) afirma que,

A importância estratégica do PSF está justamente, no fato de conseguir substituir a porta de entrada do sistema por outra interface, que não seja isolada do restante do SUS. (p.01)

Ele constitui-se em uma estratégia para reorganizar a atenção primária, implementando uma mudança no enfoque da assistência ao processo saúde-doença, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto dos adultos quanto das crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Abandona o pólo tradicional de oferta de serviços de saúde voltados para a doença para investir em ações que atuam nas interseções entre a saúde e as condições de vida dos sujeitos (ARAUJO, 1999).

O PSF tem ainda em seus pressupostos o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva a população, na unidade de saúde e no domicílio, acordados com as reais necessidades de forma a identificar os fatores de riscos e neles intervir de forma adequada.

Nessa linha de raciocínio, Brasil (2001) afirma que a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre diversos níveis de complexidade assistencial.

Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conhecer o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento (BRASIL, 2001; TEIXEIRA; MISHIMA; PEREIRA, 2000).

O PSF valoriza os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento nas ações inter-setoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros, ele ainda propõe a humanizar as práticas de saúde, na busca em satisfazer o usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito à cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

Priorizando então as ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, odontólogo, agentes comunitários de saúde e auxiliar de odontologia. Cada equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável.

Dentre as atividades inerentes a atuação das equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde inclui a visita domiciliária. Ao se referir a ela, agrega o componente internação domiciliar não como um substituto da internação hospitalar tradicional, e sim, como um recurso empregado com o “Intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente” (BRASIL, 1996,

p.14). Em acréscimo, destaca que a internação domiciliar só é indicada quando as condições clínicas e familiares forem favoráveis.

Elemento central no PSF, a visita domiciliar não inclui somente as consultas no domicílio; isso só acontece quando é estritamente necessário, sendo realizada pelo médico e pelo enfermeiro (a), sempre acompanhados pelo agente comunitário de saúde e de acordo com a situação do doente (BRASIL, 2001).

A equipe deve acompanhar de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes, e referenciar-se a uma unidade básica de saúde, denominada esta de Unidade de Saúde da Família (USF) e que assegura o acesso do paciente na rede do SUS, porém, essas definições dependem das realidades geográficas, econômicas e sociopolítica da área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à unidade.

Para Draibe (1999), a adstrição territorial da clientela, juntamente com a opção pela unidade familiar, constituem-se duas das principais inovações do PSF que se não representam um avanço do SUS, é pelo menos uma correção de suas insuficiências.

A ESF tem como função, promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização do atendimento a saúde, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de risco, visitas domiciliares e reuniões com a comunidade.

Dominguez (1998) define a atenção da saúde da família como sendo a seguinte:

A ASF (Atenção da Saúde da Família) inclui as ações de prevenção primária, secundária e terciária das pessoas no contexto da comunidade, efetuada por uma equipe básica e outros serviços de saúde, de forma continuada e com a participação da própria população e outros setores da sociedade (p.26-27).

É importante assinalar que as atribuições técnicas de cada um dos profissionais previstos no PSF – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde - encontram-se arroladas no documento do Ministério da Saúde (Brasil, 1998, p.13), sendo inclusive enfatizado que estes devem “Estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo”.

No Estado do Piauí, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado no ano de 1991. Entretanto, em 1994, com o surgimento do Programa Saúde da Família o PACS foi incorporado ao PSF e o novo modelo de atenção à saúde passou a vigorar desde então.

As equipes de PSF que atuam no Piauí desenvolvem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, entretanto, face à necessidade de orientação e acompanhamento apresentam dificuldades em corresponder à filosofia do programa.

2.3 Visita Domiciliaria: Um Resgate Histórico

O envelhecimento da população brasileira esta impulsionando o Poder Publico a criar alternativas que viabilizem a permanência do idoso em meio à família e na comunidade.

É nesse sentido que surgem as iniciativas de se prestar serviços à população, sem que ela necessariamente tenha que se locomover até as unidades de saúde. A visita domiciliária encontra nas residências espaço para refletir sobre a realidade em que o paciente e sua família estão inseridos, ou seja, tudo o que contribui para a situação de saúde em que se encontram.

Duarte e Diogo (2000) escrevem que no velho testamento já existem citações acerca dessa prática, que, àquela época, dava-se sem que houvesse uma metodologia para o desempenho da atividade. Por volta do ano de 1610, São Francisco Sales fundou a ordem da Virgem Maria; uma congregação de mulheres destinadas a visitar a casa de doentes diariamente para desenvolver atividades de higiene, auxilio, alimentação e vestuário.

Aqui no Brasil esta prática surgiu no início do século XX (por volta de 1919) com a criação do serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Esse serviço destinava-se a atender pessoas com tuberculose e assistência materna infantil enfatizando ações de promoção à saúde e a prevenção de doença.

As primeiras associações de enfermeiras visitadoras remontam 1896, na cidade de Búfalo, Filadélfia e Boston, recebendo, inicialmente, denominações diversas, adotando-se mais tarde, o nome de Associação de Enfermeiras Visitadoras (SOBREIRA, 1981).

Entre os anos de 1854 e 1856, anteriormente ao surgimento das enfermeiras visitadoras essa prática era realizada por mulheres da comunidade sem muita instrução, que recebiam um salário do Estado para educar as famílias carentes, quanto aos cuidados de saúde. Elas eram chamadas de visitadoras sanitárias e a Sociedade de Epidemiologia de Londres, era responsável por este treinamento. A experiência demonstrou que havia pouca uniformidade no sistema; assim os dirigentes dos distritos sanitários observavam que ao se empregar mulheres de educação superior, tais como médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas haveria uma otimização na assistência aos pobres (ROSEN, 1994).

O marco inicial da visita domiciliária transcende a um grupo de enfermeiras que por iniciativas próprias, e como voluntárias, começaram a prestar cuidados domiciliares aos doentes das zonas pobres de uma comunidade. A realização dessas visitas permitiu-lhes identificar a estreita relação entre o fator sócio-econômico e o nível de saúde da comunidade, ou seja, o baixo nível sócio-econômico e o elevado índice de adoecimento da população pobre.

A fundação da Escola de Enfermeiras Ana Néri, no Rio de Janeiro, em 1923, deu origem à Enfermagem de Saúde Pública, criada especialmente para a assistência à Saúde Pública e comunitária, nos moldes preconizados por Florence Nightingale. Todo contexto histórico caracteriza bem as modalidades de trabalho das enfermeiras na comunidade: intervindo em ações tanto preventivas, como curativas, para o indivíduo, família e comunidade (SOBREIRA, 1981).

Já no ano de 1994, surge a oportunidade de reorganização da atenção básica através da implantação do Programa Saúde da Família. Com a implantação do Programa, Normas Operacionais passaram a definir que a visita domiciliar (VD) deveria ser feita por médico e enfermeiro em cada domicílio – chegando-se a estipular pelo menos uma por ano – e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) uma vez ao mês, privilegiando a prevenção e busca ativa da população.

A literatura sugere que no planejamento e realização da VD algumas etapas são necessárias, tais como: identificação do cliente, priorização das visitas, definição dos objetivos, planejamento, recursos necessários, plano terapêutico, avaliação, tempo e horário da visita, definição do responsável pela visita e registro.

De acordo com Mazza (1998) os objetivos dessa atividade podem ser sintetizados como: prestação de cuidados de enfermagem; orientação e educação a membros da família para a prestação de cuidados no domicílio; supervisão dos cuidados delegados à família; orientações à família em assuntos de higiene em geral, coleta de informações sobre condições sócio-sanitária da família, determinação do estresse sobre a família; identificar comportamento ou condutas destrutivas como resposta ao estresse; identificar a presença de fatores de risco e adoecimento e observar o grau de autocuidado da família.

Segundo Coelho (2003) há duas formas de visita: A visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação, e a visita domiciliar meio, na qual iremos

realizar a busca ativa, promoção e prevenção da saúde. Ou seja, aquela voltada para a abordagem estratégica da família.

A visita domiciliária apresenta algumas vantagens e desvantagens na sua execução, as quais merecem ser relatadas: o profissional leva "*In loco*" os conhecimentos dentro do meio ambiente do grupo familiar. Torna mais fácil um planejamento de ações de acordo com condições observadas no domicílio; um melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde; maior liberdade para se expor os mais variados problemas, tendo um tempo maior do que nas dependências do serviço de saúde. Quanto às desvantagens, podemos listar o custo operacional, um gasto maior de tempo, bem como o horário de trabalho e os afazeres domésticos poderão apresentar uma maior dificuldade (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995).

Segundo Mazza (1998), a visita domiciliária constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade.

A visita domiciliária é uma ferramenta importante para os profissionais que trabalham na atenção primária. No Programa de Saúde da Família, além do atendimento e consultas aos idosos nos postos de saúde, médicos e outros profissionais periodicamente percorrem os bairros, visitando as casas. Além de aproximá-los da comunidade, permite um acompanhamento mais particularizado. Os profissionais passam a conhecer não só o quadro clínico desses pacientes, mas também as suas condições de vida, em termos econômicos, sociais e familiares. É importante que o profissional seja fixado num

bairro ou região, para que possa conhecer e ser conhecido, podendo acompanhar em detalhe a evolução da saúde dos idosos atendidos.

Para que se consiga uma melhor relação com a família, a espontaneidade deve ser uma marca na visita domiciliar, compreendendo-se que é um momento impregnado de imaginários trazidos a partir do reconhecimento do papel do antigo médico da família. Os problemas devem ser atraídos de forma progressiva, sendo este um verdadeiro exercício de hermenêutica aprofundado na leitura dos objetos e dos silêncios, com uma semiologia repleta de interfaces e sujeitos. Ao final, deve-se sempre proporcionar encaminhamentos e atribuições bem claros.

O atendimento domiciliário vai ao encontro a um dos objetivos primordiais da Gerontologia que é manter o idoso em seu domicílio, cercado de seus familiares e amigos; e surge como um dos modelos de atenção à saúde já consolidado em alguns países desenvolvidos e com rápido e expressivo crescimento no Brasil.

A visita domiciliar tem uma grande importância na área da saúde visto que, através dela, podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família, prestar assistência, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento e aplicar medidas de controle, nas doenças transmissíveis ou parasitárias, e principalmente educar (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995).

A VD evidencia-se, ainda, como uma alternativa que beneficia especialmente os idosos com incapacidades crônicas que tem seu acesso e

permanência no sistema de saúde dificultada, tendendo a permanecer isolados em seus lares sem assistência adequada.

De acordo com a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil:

Assistência Domiciliária ou Atendimento Domiciliário é aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a: aumentar a autonomia do idoso para que este possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível; prevenir situações carenciais que aprofundam o risco da perda de independência; criar ou aprimorar hábitos saudáveis, como, por exemplo, os relacionados à higiene, à alimentação, à prevenção de quedas ou acidentes; acompanhar o idoso com afecções crônicas e suas seqüelas, não tendo, portanto, caráter emergencial.

2. 4. Visita Domiciliar e PSF

A Política Nacional do Idoso (PNI) enfatiza a permanência do idoso na família (TURINI; MARRA; MURAL et all, 2002). Nestes termos, o atendimento domiciliar, especialmente aquele embasado nos pressupostos do Programa de Saúde da Família, emerge como um modelo assistencial capaz de resolver ou minimizar os problemas de saúde do idoso numa perspectiva holística, ou seja, no cenário onde se dão suas principais relações pessoais e sociais e onde ele,

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

Assim sendo, a implementação desse tipo de cuidado deve ser eficaz na diminuição das perdas do idoso produzidas pelo envelhecimento; reduz a possibilidade de hospitalização do idoso num estágio avançado da doença e/ou da incapacidade, o que aumenta os custos econômicos e os riscos iatrogênicos, além de favorecer a humanização do cuidado.

A atividade de cuidar de pessoas doentes no domicílio, como os idosos, as crianças e os doentes crônicos, não é nova, porém esse cuidado sofreu modificações ao longo da história, e a cada dia aumenta o número de doentes necessitados, que buscam atendimento ambulatorial e hospitalar, sem existir oferta para suprir a demanda do atendimento a nível hospitalar.

No entanto, o sucesso da recuperação do idoso no domicílio depende de pessoas preparadas para presta-lhes os cuidados, e por este motivo torna-se imprescindível à atuação multiprofissional da ESF nas visitas domiciliares. Esta deve ser utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto ao paciente, conduzindo o idoso dependente, a adesão às condutas preventivas e/ou terapêuticas.

Albuquerque (1999) ressalta a valorização crescente dos âmbitos familiar e comunitário, como espaços de atendimento, decorrentes da tendência de desospitalização assumida por muitos países. Mas, devemos preocupar-nos em promover a saúde e aumentar a qualidade de vida das pessoas, não pensando

somente em redução de custos e otimização dos leitos, mas em atividades determinantes de práticas e atitudes saudáveis.

A visita domiciliar é realizada cotidianamente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à ESF fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com essa realidade.

A visita também tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes, acamadas ou tem qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a Unidade de Saúde da Família (USF). A ESF deve agendar as visitas segundo uma programação semanal da USF, priorizando situações e grupos de risco e as solicitações dos ACS. O trabalho dos ACS racionaliza o uso dessa modalidade de atenção.

Segundo Sacramento (1995) a indicação para o atendimento domiciliar é um ponto de extrema importância, pois a princípio qualquer cliente que tenha superado a fase aguda da doença pode ser tratado no domicílio. Sendo estes classificados em doentes crônicos e não-crônicos. Os não-crônicos são aqueles que passaram por pequenas e médias cirurgias e necessitam de um pós-operatório monitorado, e os crônicos são os que apresentam doenças evolutivas e ou degenerativas, como os cânceres, doenças neurológicas, cardiopatias, síndrome da imunodeficiência adquirida e as vítimas de acidentes que se tornaram incapazes de se autocuidar. Incluem-se no cuidado domiciliário a

administração de quimioterápicos, infusões sanguíneas, antibioticoterapia, troca de curativos entre outros.

Para Smeltzer e Bare (2000), muitos cuidados prestados a estes pacientes podem ser realizados no domicílio, indo ao encontro da tendência atual das instituições hospitalares de conceder alta precoce ao idoso, para diminuir os custos e acelerar sua recuperação num ambiente familiar. O lar exerce sobre o idoso um papel importante na manutenção da sua própria identidade, podendo este, favorecer sua autonomia e independência, proporcionando-lhe melhorias para sua recuperação e qualidade de vida.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Contexto Operacional da Pesquisa

Floriano situa-se na Zona Fisiográfica do Médio Parnaíba, à margem direita desse mesmo Rio, em frente à cidade de Barão de Grajaú Maranhão. A cidade fica a 256 km da capital do Estado do Piauí. Trata-se de uma Microrregião do Sul do Piauí, uma área conhecida como Chapada e Chapadões do Meio Norte.

Atualmente o Estado do Piauí conta com 729.541 famílias, um contingente de 2.932.482 pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Deste contingente, 1.437.409 são do sexo masculino e 1.495.073 do sexo feminino; 139.505 de pessoas do sexo masculino estão na faixa etária de 60 anos ou mais e 160.239 do sexo feminino na mesma faixa etária.

O Floriano limita-se ao norte com município de Amarante e o estado do Maranhão; ao sul, com os municípios de Itaueira e Flores do Piauí; ao leste com os municípios de Francisco Ayres, Nazaré do Piauí e São Jose do Peixe; a oeste com o município de Jerumenha e o estado do Maranhão. Possui uma área de 3.676 km, que representa 1,4% da área total do estado, sendo 3,2% de área urbana e 96,8% de área rural. Sua população é de 55 mil habitantes, segundo o censo do IBGE de 2000, deste contingente 84,5% encontra-se na zona urbana e 15,5% na zona rural, o que evidencia o município como eminentemente urbano.

Hoje, Floriano é Influyente pólo de desenvolvimento, considerado município emergente, e sua sede é ponto de convergência de vasta área do sul do Piauí e

do Maranhão, sendo chamada de “Princesa do Sul do Piauí”. Há previsão de que, nas próximas décadas, o município estará entre os maiores do Nordeste, e a cidade de Floriano destacar-se-á, tendo em vista sua grande vocação comercial, recebida essa influência dos imigrantes árabes que aqui chegaram em 1889 e criou grande comercio, além de centro educacional e pólo de turismo, saúde, e prestação de serviços.

3. 2 Abordagem e Tipo de Estudo

A modalidade de pesquisa escolhida foi a descritiva, com ênfase na dimensão qualitativa do fenômeno, ou seja, aquela em que se estuda o homem naquilo que mais intimamente lhe diz respeito: costumes, códigos e comportamentos para atingir os desejos e sentimentos (MALINOWSKI, 1984).

Os estudos descritivos permitem que o pesquisador conheça o grupo, suas características, seus problemas e seus valores; enquanto a abordagem qualitativa se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (MEDEIROS, 1999; MINAYO et al, 1994; TRIVIÑOS, 1987).

A esse respeito Wood e Haber (2001) defendem que os métodos qualitativos têm relevância direta para a pratica de enfermagem por permitir combinar natureza científica e artística, ao colocar luz sobre a experiência de saúde humana. Outros autores escrevem:

Quando se quer conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um dado tema, é preciso realizar, antes de mais nada, uma pesquisa qualitativa já que, para, serem acessados, os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana (LEFREVE e LEFREVE, 2005, p.9).

3.3 Cenários do Estudo

O cenário maior desse estudo foi à cidade de Floriano. Esse município consta de 14.628 famílias, e uma população total de 54. 854 habitantes, de acordo com cadastro do SIAB. Do total de habitantes, 25.983 são de pessoas do sexo masculino e 28.871 do sexo feminino. Considerando a faixa etária de 60 anos ou mais, no município está distribuído da seguinte maneira: 2.446 do sexo masculino e 3.441 do sexo feminino.

São 23 equipes de Saúde da Família e 137 Agentes Comunitários de Saúde distribuídos em 40 bairros existentes na cidade de Floriano, sendo que a área eleita para realização da coleta de dados neste estudo é a de abrangência do PSF nº 01 da Unidade de Saúde do Catumbi, que é composta das seguintes micros áreas: Catumbi, Pau-Ferrado, Cancela e Canoas. Tal escolha pela área estudada deu-se ao fato da pesquisadora ter tido contato anteriormente com a equipe responsável pela unidade.

Na área estudada, temos atualmente na equipe 01 medico generalista, 01 enfermeira, 8 agentes comunitários de saúde, 01 técnico em enfermagem, 01 odontólogo e 01 técnico em higiene dental. A população que corresponde à área da unidade de saúde do Catumbi é de 888 famílias cadastradas.

3.4 Os sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram 15 idosos, moradores na área de abrangência da Unidade de Saúde de Catumbi. Para seleção dos idosos levou-se em consideração a idade igual ou superior a 60 anos, ser cadastrado na unidade de Saúde da Família, e possuírem alguma patologia crônica que dificultasse sua locomoção até as unidades de assistência; gerando, desta forma, demanda para a realização de visitas domiciliares.

Apresentando estas características foram identificados 31 idosos, sendo 18 do sexo feminino, e 13 do sexo masculino. Devido à dificuldade de entendimento e o próprio estado de saúde dos idosos, esta pesquisa foi realizada com 15 idosos. As patologias crônicas referidas como as que mais acometem esta faixa etária no município foram às doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão.

3.5 Período e Procedimentos de Coleta dos dados

Os dados foram coletados durante os meses de julho e agosto de 2006, nos domicílios dos idosos, por meio da entrevista semi-estruturada, norteada

pelo seguinte roteiro guia: 1) Fale sobre a Visita domiciliar realizada pelo Programa Saúde da Família. O que o senhor (a) sabe? 2) Como o (a) senhor (a) se sente ao ser visitado (a) em casa pelos profissionais de saúde? 3) O senhor pode me dizer o que é feito pelos profissionais durante a visita domiciliar? 4) o senhor pode me dizer o que gostaria que fosse feito durante a visita domiciliar?

De acordo com Minayo (1998), a entrevista semi-estruturada é uma estratégia na qual intencionalmente o pesquisador obtém informações dos atores sociais através de suas falas. É uma fonte de informação de dados relativos à “Conduta ou comportamento, presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento”.

Para a realização da entrevista foi solicitado a cada agente comunitário de saúde (ACS) que selecionasse os idosos de sua micro-área de atuação no PSF, segundo características previstas para inserção no estudo. Após a seleção dos mesmos, foram agendados dias e horários que melhor conviesse para cada idoso, ou seja, de acordo com disponibilidade e a vontade do mesmo e da família.

Ao chegar ao domicílio do sujeito da pesquisa, a entrevista iniciava pelas apresentações, seguida de esclarecimentos dos objetivos do estudo e da importância de sua participação. Após essa introdução, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido era lido e em seguida colhida a assinatura no referido termo.

Como recurso para o registro das entrevistas – e objetivando captação fidedigna dos dados para posterior transcrição – foi utilizado, com consentimento dos idosos ou familiares, o gravador.

3.6 Ordenação e Análises dos Dados

Para Ordenação dos dados adotou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005) o método tem origem nas ciências sociais e apresenta-se ao pesquisador como forma de este poder lidar, em uma escala coletiva ou social, com pensamentos que são, necessariamente, compostos de matéria discursiva. Lançar-se-á mão, pois, dos discursos para reconstruir o universo de representações dos idosos pesquisados.

Sobre o assunto Teixeira e Lefèvre (2001) escrevem:

[...] este é um recurso metodológico destinado a tornarem mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns compartilhando entre seus membros [...] (p.4).

Para Lefèvre e Lefèvre (2005):

[...] trata-se de uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal obtidos de depoimentos, artigos de jornal, cartas, etc. Consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraíndo-se de cada um dos

depoimentos, as idéias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chaves, com estas compõem-se um ou vários discursos-síntese de vários sujeitos na primeira pessoa do singular (p 16).

De acordo com os autores, o DSC tem como finalidade fazer as correlações entre o que o coletivo traz em suas falas, preservando os valores culturais que se apresentam no cotidiano dos sujeitos sociais.

Deste modo, todas as entrevistas coletadas por meio de gravação foram transcritas na íntegra e submetidas a seis passos, em acordo com o Instrumento de Análise de Discurso (IAD). Esse instrumento prever seis passos a serem seguidos: 1) análise isolada das respostas dadas a cada uma das questões de entrevista; 2) identificação e destaque, em cada uma das respostas, das expressões-chave (ECH); 3) identificação, a partir das expressões-chave, das idéias centrais (IC) e as ancoragens (AC); 4) agrupamento das idéias centrais e ancoragens de mesmo sentido, ou sentidos equivalente-complementares; 5) determinação de uma idéia central ou ancoragem síntese; 6) organização, em função da idéia central síntese, do que equivale ao discurso do sujeito coletivo.

Assim, para se proceder com a ordenação dos dados neste estudo utilizaram-se as seguintes figuras metodológicas: As ECH, como transcrições literais de parte dos depoimentos, que resgata o essencial dos conteúdos discursivo, ou seja, pedaços contínuos ou descontínuos da fala que revelam a essência do conteúdo; as IC, como expressões lingüísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido, ou o sentido e

o tema, de cada conjunto homogêneo de expressões chaves; e as AC, como manifestação lingüística e explícita, caso assim ela apareça, de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa. O produto final trata-se do próprio DSC, que reflete uma agregação ou soma não matemática, de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte deste todo, o qual é constituído por essas mesmas partes, expressando posicionamento próprio, distinto, original e específico frente ao tema da investigação (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Na execução do primeiro passo, as respostas de cada entrevistado a cada uma das questões foram lidas, isoladamente, varias vezes. Essa fase culmina com a transcrição das ECH para os IAD's correspondentes a cada questão aplicada; para cada questão, um IAD.

No segundo passo, procurou-se sublinhar, em cada uma das ECH, e com uma cor determinada ou utilizando um recurso gráfico (itálico), as IC e, quando havia, com outra cor ou usando outro recurso (sublinhado), as AC.

O terceiro passo consistiu-se em, depois de identificadas, transpor as IC para as colunas no quadro das IAD's correspondentes. Um quarto passo foi "Etiquetar" com as letras A, B, C... E assim sucessivamente cada grupo de IC com o mesmo sentido ou equivalente. No quinto passo tratou-se de denominar cada um dos grupamentos de IC, conferindo-lhes uma IC síntese. No sexto, e o último passo, os dados, após todo esse processamento, comportam-se como o DSC, e foram organizados em coluna correspondente dos IAD's, em função das

ICs-sínteses correspondentes, de tal modo que um DSC podia ir sendo construído usando somente parte do material de um determinado depoimento, e com outra parte do mesmo compor outro DSC.

De posse dos discursos se procedeu com as análises, buscando apoio em outros autores que desenvolveram reflexões teóricas sobre os temas e respectivas ICs emergidas dos dados empíricos.

3.7 Aspectos Éticos

Em respeito à resolução 196/96, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) para regulamentar a pesquisa envolvendo seres humanos, foram observados critérios éticos, dentre os quais citamos:

4. O pesquisador deverá fazer o que estiver ao seu alcance para proteger o bem-estar físico, social e psicológico do informante, assim como a sua privacidade.
5. Salvar, a todo custo, os direitos e interesses dos informantes.
6. Comunicar-lhes os objetivos, benefícios e riscos (se existirem) da pesquisa.
7. Manter o anonimato das pessoas informantes.
8. Guardar o direito de o informante desistir de sua participação no estudo em qualquer uma de suas fases.
9. Não tirar proveito ou explorar as informações captadas para outros fins que não os estabelecidos nos objetivos de estudo.

10. Manter os registros, bem como o texto final do estudo realizado, à disposição dos informantes.

4. ANÁLISES DOS DADOS EMPÍRICOS

O trabalho nos permitiu entrar em contato com diversos discursos coletivos. Nesta seção são apresentados os dados referentes aos DSC de 15 idosos, sendo doze do sexo feminino e três do sexo masculino. A média de idade foi de 77 anos.

Durante a elaboração dos DSC, a idéia foi tentar dar seqüência para "Discutir", tentar formar um discurso lógico e agora coletivo. Para tal foi preciso estar atento ao "Começo, meio e fim"; "Partir do geral para o menos geral"; "Utilizar conectivos para a coesão do discurso" e "Evitar idéias repetidas e os particularismos" já que se trata agora de um Discurso do Sujeito Coletivo. Tratou-se da tarefa de:

[...] reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada "figura", ou seja, um dado pensamento ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005, p.19).

Durante esse processo, como prever os autores, não foi fácil extrair das ECHs as ICs; quando corria-se o risco de reduzir um pensamento discursivo, tal como é coletado, a uma mera "Categoria". Nesse sentido, houve a necessidade de fazer o texto passar por uma operação de "Tematização", de maneira que a IC configura a expressão do que se quis dizer, enquanto o tema diz respeito ao

assunto em pauta, ou seja, o tema revela o posicionamento do sujeito social de forma mais geral.

Em função do primeiro questionamento, dois temas emergiram dos dados empíricos, estes são analisados a seguir.

Questionamento 1: Fale sobre a Visita domiciliar realizada pelo Programa Saúde da Família. O que o (a) senhor (a) acha?

Tema 1

Acha bom receber a visita Domiciliária

DSC

“...Eu acho bom, porque eu tenho necessidade e não tenho condição, eu sou uma pessoa doente, eu não caminho, tenho problema nas pernas. Eu preciso muito deles porque moro só e não ando, então está sendo bom porque eu não posso sair de casa mas, quando eu preciso, eles vem. Um dia que ele (o médico) chegou aqui eu tava era morta, sentada numa cadeira, e só saía da cadeira para a rede. Numa necessidade assim eu chamo e eles vêm, e eu agradeço muito, eu acho ótimo porque vem e me atende. E é o médico do posto que vem aqui na minha casa me visitar, aí eu acho muita vantagem, sabe porque? Porque às vezes eles chegam e eu to deitada sentindo uma dor e eu não estou tendo capital (dinheiro) para comprar remédio, e aí ele chega, me consulta e passa aquela receita. E acho bom também porque eles me dão uns cachezinhos (comprimidos). Eu acho mesmo bom quem vem aqui, seja quem for que venha me visitar eu adoro muito, adoro demais. É um bem, uma ajuda de Deus.”

IC1: Acha bom porque mora só e não anda

IC2: Não tem dinheiro, e durante a visita é consultado o remédio e doado.

IC3: Considera a visita uma ajuda de Deus

Nesse discurso, fica evidente a aproximação entre a realidade e o que a literatura prevê (PASCHOAL, 1996). É quando os fenômenos mórbidos, em especial as doenças crônico-degenerativas prevalecem, muitas vezes gerando dependências, fazendo com que esses idosos não acessem aos serviços de saúde (ou o faça com muito sacrifício), gerando demanda para uma assistência domiciliar.

Paralelo a isso, convive-se com os profundos impactos sociais que a recessão econômica traz sobre a vida dos idosos, particularmente para aqueles que apresentam alguma dependência. Baltes e Silverberg (1995), afirmam que por causa da crescente vulnerabilidade biológica, tanto a integração social quanto a autonomia pessoal assumem capital importância. A expressividade da atuação da equipe de PSF durante a VD deve estar concentrada, pois, nesses aspectos; em assegurar um ambiente acolhedor e estimulador da integração e autonomia necessária ao bem-estar do idoso.

É possível, entretanto, compreender por meio do discurso que, ante as circunstâncias, a VD assume significado todo particular para esse grupo populacional. O sujeito coletivo evidencia satisfação (o achar bom) em poder contar com a possibilidade de os profissionais de saúde o consultar em sua residência, quando este se encontra necessitando, mas não pode se deslocar. Destaque-se que a VD aqui é utilizada para possibilitar a consulta clínica. Ora, a “Consulta” não deve ser uma prioridade durante a visita domiciliar, do contrário

estar-se-ia meramente transferindo os consultórios para dentro dos lares das pessoas, o que não é cogitado. Se a consulta, por uma contingência, ela é necessária, mas que, ao menos, o profissional não se limite a ela quando acessar aos lares dos idosos.

A literatura prevê a visita domiciliar realizada pela equipe de PSF como condição privilegiada para se priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (Brasil, 2001). De acordo com Teixeira, Mishima, Pereira (2000) assistir de forma integral inclui, entre outras questões, buscar conhecer o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento. Até que ponto as equipes vem assumindo essa pratica (e não estimulando a uma dependência), é um questionamento que ganha eco nos discursos.

A continuidade das ações é uma conseqüência natural da VD, quando a ESF pode ter um maior controle dos fatores determinantes (na família e na comunidade) de estados de saúde e de doença e, conseqüentemente, do acompanhamento/evolução desses fatores com agendamentos de VDs subseqüentes.

Outro fator que se evidencia no discurso como motivo para “Achar boa” a visita está relacionado com as condições socioeconômicas. Na área investigada as famílias são extremamente carentes de recursos materiais, o que coloca o tratamento que os idosos necessitem realizar totalmente na dependência da equipe de saúde e do que ela dispuser de recursos (deslocamento, realização de exames, aquisição de polifármacos). Nesse aspecto, merece especial

atenção, e requer da equipe uma assistência direcionada, o discurso de abandono (alguns dos idosos são sozinhos, dependendo da solidariedade dos vizinhos que, quase sempre, moram distantes uns dos outros), bem como de ausência de poder aquisitivo que corresponda às demandas de sobrevivência diária. A esse respeito, Silvestre et al (1996) esclarece:

Os problemas de saúde podem ser causados ou agravados pela solidão e baixo nível socioeconômico. Isto se torna mais intenso no caso de portadores de patologias múltiplas, situação mais comum no idoso, principalmente no idoso frágil (p.85).

É diante do abandono, e da miséria que a visita domiciliar realizada pela equipe de PSF pode parecer “Uma ajuda de Deus”. Apego último dos que professam fé em um ser supremo, a evocação aos céus torna-se a mais explícita manifestação de rendição e entrega; denota o ponto de maior vulnerabilidade. Quando, de acordo com Baltes e Silverberg (1995), o confronto com as limitações impostas pela velhice e a certeza da própria finitude, torna-se inevitável.

TEMA 2 Não acha que a visita vem sendo efetivada de modo satisfatório

DSC *“Não acho que é boa não, sabe por quê? Aqui ainda não apareceram esses tantos de médicos pra me visitar não! Só aquele que veio ontem. Eu tenho ido para muito médico, mas é lá onde ele está, mas aqui não. Ele (o médico) já voltou, já está freqüentando, vem de vez em quando. Mas, aqui não estavam vindo e não vinham com freqüência, era difícil eu ver eles, e lá (no posto) não dava pra eu ir. Até pra me vacinar a menina disse que vinha me buscar, mas eu*

tive que ir me arrastando com ajuda da bengala, agarrada no ombro da menina até lá. A agente de saúde às vezes vem, mas a enfermeira é difícil vir; nós temos uma aqui, mas ela não encosta aqui. Quando vem um, não vem outro (a equipe não vem completa). Vem com pressa, não é delicado... Agora esses dias eu achei que melhorou um pouco, já tá mais delicado, conversa direitinho; é o que a gente quer é só ser bem tratada porque a gente já vive doente, sofrendo e ainda ser maltratada, não tem quem goste”.

IC1: A visita não é feita com frequência e os profissionais não cumprem com o prometido

IC2: A equipe é incompleta

IC3: A equipe não está preparada para atender o idoso

Diante das ICs, infere-se que mesmo vivenciando as condições de dependência física e carência material, alguns idosos conseguem visualizar as deficiências da VD realizada, apontando em que aspectos essa visita se torna falha: acham insuficientes as quantidades de visitas realizadas; não é assegurado transporte para locomoção em caso de necessidade de exames complementares ou mesmo internações; a visita é realizada normalmente apenas por um dos profissionais e não por todos que compõem a equipe, onde este não é o problema, mas sim a inexistência ou falta de clareza de em que momentos ou, em quais situações deve se dar a inserção de cada membro da equipe.

Com a proposta da VD a usuários - que, por doença aguda, agudização de um problema crônico ou outro tipo de limitação, apresentem dificuldades de

locomoção ou não se sintam em condições de se locomover até o serviço de saúde, como foi o caso dos idosos aqui estudados – preconiza-se a participação de toda a equipe do PSF, que deve estar capacitada para a realização dessas visitas. Isso porque cada categoria profissional possui saberes específicos na sua área, o que acaba fazendo da VD uma oportunidade de trabalho interdisciplinar.

Lembrando Paim (1986), não se trata de médicos de família, mas de equipes de saúde da família. Assim, quem deve realizar a VD dentro de uma lógica sistematizada, não é um profissional isolado, mas sim a equipe o mais completa que consiga. De acordo com Brasil (2001), a composição mínima da equipe de saúde da família deverá ser de: 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Destes profissionais se espera que conheçam as várias necessidades de sua clientela.

Entretanto, estamos distantes de uma VD ideal, uma vez que as equipes de PSF em todo o país trabalham com carência de recursos materiais e humanos. Somado a isso, o fato de as residências nos interiores serem distantes e de difícil acesso, principalmente em tempos chuvosos, fecha o quadro das dificuldades em realizar visitas multiprofissional com a periodicidade necessária; ressalte-se que essa “Periodicidade necessária” vai variar de família para família, de caso para caso, não se tratando de uma decisão administrativa.

Conscientes da condição de fragilidade que estão vivenciando, os idosos entrevistados demonstraram, ainda, reprovção para com a forma como são abordados pelos profissionais durante a VD. De acordo com o discurso, a pressa

do profissional e o tom de voz imponente e/ou exaltado incomoda, causando insatisfação do idoso em relação à abordagem conduzida pela equipe.

Destaque-se aqui o efeito contrário da VD (mal conduzida), visto que uma dimensão muito importante (e da qual não se pode descuidar) nessa prática é a dimensão social. Em geral, a VD é muito desejada pelos pacientes e, culturalmente falando, é esperada, ou seja, é cultural o rito de as pessoas da família se preparar para receber os visitantes. De acordo com Romano-Lieber (2002) é esse ambiente de receptividade que pode facilitar o estreitamento de laços que virão a fortalecer a relação paciente-profissional de saúde.

Nos quadros a seguir analisam-se os dois temas emergidos dos dados empíricos originados pelo segundo questionamento durante entrevista.

QUESTIONAMENTO 2: Como o (a) senhor (a) se sente ao ser visitado pelos profissionais de saúde?

TEMA 1 Sentimento de ser cuidado associado a medidas curativas

DSC: *“Eu não posso ir ao posto, aí ele (o médico) vem e é bom demais, porque eu pelo menos me sinto cuidada. Eu me sinto bem, porque vem me visitar. É bom demais, a gente fica muito é contente, porque sabe que eles consultam bem. A gente conversa aqui, eles diz tudo de bom, e a gente fica animada. Também, me sinto feliz, porque na hora que eles encostam, não é que eles sejam um deus, mas o negocio é que eles me examinando com aquele aparelho (tensiômetro) eles sabem mais ou menos o que significa o mal que eu estou, e me dá o remédio pra minha pressão. Eu tenho tomado muito remédio deles. Eles me dão comprimidos e em menos de 24 horas dá pra eu melhorar, como o caso do remédio da pressão. A gente não melhora da pressão, mas toma um fôlego, pelo menos na hora*

que toma”.

IC1: Sente-se cuidada

IC2: Fica contente porque consultam e orientam

IC3: Sente-se feliz porque examinam e dão remédios

No discurso o sujeito coletivo revela sentir-se “Cuidado” com a VD realizada. Isso tem seu lado positivo se levar em consideração que se constata que a VD necessita contribuir para com o estreitamento de vínculos, favorecendo a que o idoso não se distancie do serviço de saúde, já que o atendimento passa a ser realizado dentro do seu domicílio (ROMANO; LIEBER, 2002).

Entretanto, o cuidado aqui referido é influenciado pela possibilidade de o idoso ser consultado (basicamente o enfoque da consulta está nos valores da pressão arterial e glicêmicos), receber orientações de como proceder quando são verificadas distorções. Infere-se, portanto, que também esse discurso deve servir aos profissionais como dispositivo para a revisão, ou mesmo uma atualização cultural, junto às famílias, do conceito de cuidado realizado pelas equipes de PSF no processo saúde/doença. Faz parte da filosofia da VD abandonar o pólo tradicional de oferta de serviços de saúde voltados para a doença para investir em ações que atuam nas interseções entre a saúde e as condições de vida dos sujeitos (ARAÚJO, 1999).

A família não entende assim. Diante disto, embora evidenciem satisfação, o discurso também revela haver, por parte do idoso, uma visão equivocadamente

simplificada acerca do significado da VD, fazendo-se importante aqui uma análise acerca dos condicionamentos que levam a família/comunidade a assumir essa postura.

Grande parte desse comportamento é um reflexo da atuação (conhecimento) também restrita das equipes quando acessam os lares. Ainda, considerando o nosso Sistema de Saúde, a mera possibilidade de profissionais adentrarem nas casas para oferecerem seus serviços já deixa a população maravilhada. Em função disso, os sentimentos que se exacerbam são de gratidão e carinho. Muitos idosos expressaram o reconhecimento pela atenção recebida, se sentindo felizes por poder ser examinado em casa e receber medicamentos para o controle da pressão.

Entretanto isso não pode ofuscar o profissional, impedindo que compreenda e assuma o compromisso com a verdadeira necessidade, e com a complexidade com que deve ser encarada a VD; uma verdadeira abordagem a família e a comunidade. Muito embora a literatura defenda a necessidade de uma “Visita domiciliaria fim” (COELHO, 2003), ou seja, com objetivos específicos de atuação, tem a VD finalidade maior de monitorar a situação de saúde das famílias e da comunidade, identificando e trabalhando toda e qualquer situação que ponha em risco a saúde dos indivíduos.

A esse respeito Romano-Lieber (2002) escreve que a visita domiciliaria deve ser encarada como uma ajuda que a equipe presta ao paciente na tentativa de facilitar-lhe a adaptação à família e seu domicílio. Deve também servir como oportunidade de conhecer o paciente e os familiares em seu meio natural, em

condições de menor tensão emocional, para direcionar o cuidado; que deve ser antes de tudo, um cuidado preventivo.

TEMA 2

Não se sente bem

DSC: *“... Eu não me sinto bem não, porque às vezes ele (o médico) não tem educação, e eu sou um velho de 75 anos de idade e doente. Minha doença mais é a pressão alta. Ele disse (o médico) que a pessoa vive doente porque comeu isso e aquilo, mas num é não, eu digo que não. Um diz que você tem que caminhar, aí veio outro agora e disse que não é para eu caminhar não, e eu acho que todo doente tem que dá uma caminhadazinha né? E comer aquilo que tem vontade. Não é comer coisa exagerada né, mas ele proíbe quase tudo. Se eu fosse pela cabeça dele, desse médico, rum.*

IC1: Não considera o saber do outro

IC2: Choque cultural (conhecimento biomédico X conhecimento popular)

Ao contrário do primeiro discurso nesse bloco de análise, revela-se aqui um discurso de insatisfação em relação à VD; condição até certo ponto esperada, de acordo com Ballint (1975), para quem a relação médico-paciente é uma companhia de investimento mútuo, onde é possível experimentar tanto a satisfação, quanto um grau de frustração.

Neste discurso, oportunizou-se conhecer o idoso como um ser social, dotado de experiências, conhecimentos, interesses e que tem valores sócios

culturais que produzem sentidos e significados sobre seu processo de cronicidade ou adoecimento, assim como acerca da VD.

Particularmente nas situações de doenças, os idosos experimentam uma série de dúvidas, medos, preconceitos, que podem gerar insegurança e resistência para a adoção de medidas necessárias. É tarefa da equipe, durante todo o tempo da VD, assumir uma postura em que o idoso possa se sentir a vontade para manifestar tudo o que pensa e sente, sem o receio de ser criticado ou menosprezado por isso. Ainda, o entendimento claro a respeito do que fazer para a prevenção de agravos, promoção e tratamento da saúde, é uma tarefa vital e de responsabilidade da equipe de saúde da família ao visitar este idoso no domicílio. Sabe-se, todavia, que poucos desses profissionais obtêm formação para proporcionar atendimento às necessidades globais dos idosos, tendo estes muitas dificuldades e pouco apoio.

Na segunda IC desse tema evidencia-se ainda como ao se planejar uma ação preventiva (como é o caso aqui da visita domiciliária dirigida especialmente a uma faixa etária ou segmento específico da população) corre-se o risco de não atingir os objetivos desejados de uma forma homogênea, ou ser rejeitado. Isso se deve ao nível de compreensão de cada um que, auxiliado pelo imaginário, vai determinar diferentes leituras da realidade dentro de mesma população. Ora, o universo cultural que os profissionais de saúde e os idosos vivenciam tanto podem ser diferentes, como vão fazer com que os problemas sejam encarados de formas diferentes, porque são diferentes os seus modelos teóricos explicativos da realidade (KLEINMAN, 1988).

Ignorar essa realidade leva a equipe a incorrer no erro das “Imposições”, quando deveriam trabalhar estratégias de convencimento e empoderamento. MAZZA (1998) afirma que o momento da visita deveria estar direcionado para a educação e para a conscientização dos indivíduos em relação aos aspectos de saúde do seu próprio contexto, e que, embora os problemas dos idosos nem sempre sejam decorrentes do processo de envelhecimento, os mesmos tem direito de recusar medidas preventivas e terapêuticas quando estas não lhe convêm ou estão insatisfeitos, já que o idoso possui um jeito próprio para decidir sobre a sua vida, resistindo muitas vezes a ordens, principalmente se o profissional não possui um vínculo com esse usuário.

Ainda, o discurso “*Se eu fosse pela cabeça dele, desse médico, rum...*” deve funcionar como um alerta para o profissional avaliar sua prática. Franco (1999) alerta para o fato de que essas visitas podem significar excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade e liberdade.

Reconhecemos ser em função das distâncias sociais e culturais, bem como de uma atitude profissional historicamente assumida, que durante a VD reproduzem-se as condutas adotadas nos consultórios clínicos, através de uma prática educativa autoritária, criando distanciamento e barreiras para a participação efetiva do cliente e da família (ROZENFELD, 2003).

Passaremos agora a analisar o tema originado da aplicação do terceiro questionamento.

Questionamento 3: O senhor (a) pode me dizer o que é feito pelos profissionais durante a visita?

TEMA 1 A VD aborda o pólo tradicional de oferta de serviços de saúde voltados para o indivíduo e a doença

DSC. *“Primeiro conversa comigo né? Pergunta se quero me receitar. Pergunta o que estou sentido. Eles conversam, olham, atraca aqui, bota aquela chiringa (aparelho de pressão), vê a minha pressão, vai saber como é que está a pressão, o que você fez, o que comeu. Muitas vezes, pede um exame; ele pede exame de sangue pra ver como é que está, aí o que eu tiver precisando, ele faz. Se eu preciso de um exame (glicemia capilar), ele me dá, se eu tiver precisando de remédio ele me dá. Às vezes eu não tenho capital (dinheiro) e eles me dão ajuda - abaixo de Deus - eles me dão o remédio pra mim. Tá me dando os remédios. Não sou eu quem compra não. Se for preciso ir para o hospital aí ele dá a ordem... é o que eles fazem. Faz mais nada não. Só o de sempre. Vê a pressão como é que está, porque a gente não tem como vê sozinha, aí é só isso mesmo para mim. Eu tenho muito mal em cima de mim; aí eles fazem só dizer que meu mal é muito incompreensivo, diz que quase não tem jeito, é um tal de reumatismo, de papagaio, que é difícil, e que não tem, assim, um remédio. Eles só dão remédio pra pressão. E eu me dou bem é com injeção... mas aqui não vem médico para isso não. Se eles vem pra vê a pressão, so vê a pressão, e só a minha. Se outra pessoa aqui de casa quiser alguma coisa, eles falam: você vai lá, e marca uma consulta no posto!”*

IC1: Eles conversam comigo.

IC2: Verificam a minha pressão, dá o remédio, solicita exame e faz encaminhamentos.

IC3: Se outra pessoa da família necessita de cuidado, obriga-se a procurar o posto.

Considerando a IC1, ressalte-se ser a comunicação um fator essencial durante a realização da VD, O sujeito coletivo informa como se dá essa comunicação na realidade da VD: *"Primeiro conversa comigo né? Pergunta se quero me receitar. Pergunta o que estou sentido"*.

Berger (1995), entretanto, reflete acerca da comunicação como algo maior que mera conversa: trata-se de um processo dinâmico verbal e não verbal que permite que as pessoas se tornem acessível umas as outras, que consigam por em comuns sentimentos, opiniões, experiências e informações. Nesse sentido, a comunicação na realidade dos idosos entrevistados pode não ser satisfatória. Constata-se, antes de tudo, um interrogatório, acompanhado de exame em busca de evidências clínicas que justifiquem as queixas individuais de doença (hipertensão e/ou o diabetes, basicamente).

Dessa dinâmica decorre a abordagem tradicional com enfoque no indivíduo e na doença referida por Araújo (1999), e em função da qual se dão à doação de medicamentos, a solicitação de exames e os encaminhamentos, tudo voltado para o cliente que demandou a VD. Se alguma outra pessoa da família necessitar de um atendimento, a equipe limita-se a sugerir que esta pessoa se desloque até o posto de saúde e agende uma consulta. Para esse agendamento há necessidade de o cliente respeitar a rotina do serviço. Destaque-se que a rotina de serviço da ESF da área estudada dá-se no seguinte formato: as

consultas são agendadas pelos ACS, que acompanham as famílias, sendo que cada agente (8 ao todo) tem dia pré-estabelecido para encaminhamentos das consultas agendadas à UBS.

Dentro do referido enfoque, ao olharmos, por meio dos olhos dos idosos, para a equipe de PSF que os assiste, vemos profissionais que chegam aos lares com objetivos prefixados, e rígidos, de realizar consulta e medicar idosos. E, mais grave, não se constata atitudes voltadas para o abandono dessa postura, passando o profissional a atuar nas interseções entre a saúde e as condições de vida desses idosos.

A esse respeito Araújo (1999) escreve que a visita domiciliária encontra nas residências espaço para refletir sobre a realidade em que o paciente e sua família estão inseridos. Para que esta abordagem ao idoso seja efetiva é necessário intervir, não apenas na dimensão da pessoa, mas também se deverá ter atenção ao ambiente que a rodeia, pois esse ambiente tanto poderá ser facilitador como poderá colocar barreiras e entraves à manutenção da saúde e ao desempenho de papéis por parte da pessoa idosa.

Ainda, de acordo com Mazza (1998) os objetivos da VD devem ser, prioritariamente, de: orientar e educar os membros da família para a prestação de cuidados no domicílio; supervisionar os cuidados delegados à família; orientar a família em assuntos de higiene em geral, coleta de informações sobre condições sócio-sanitária da família, determinação do estresse sobre a família; identificar comportamento ou condutas destrutivas como resposta ao estresse;

identificar a presença de fatores de risco e adoecimento e observar o grau de autocuidado da família.

Em relação à terapêutica medicamentosa, muito valorizada pelos idosos, reconhecemos que o medicamento faz parte do dia a dia da pessoa idosa, no entanto para Pepe e Castro (2000):

[...] o uso adequado de medicamentos não depende apenas de uma prescrição de qualidade, mas é fruto de uma dispensação responsável, onde a interação paciente/profissional de saúde possibilita a emergência de expectativas, demandas e troca de informações que terão conseqüência direta no resultado da terapia (p.3).

Constata-se que a atuação da equipe durante a VD está fortemente ligada à terapêutica medicamentosa, e que essa realidade vem sendo incorporada pela clientela, que passa a relacionar a equipe com a oferta de medicamentos. Há necessidade, portanto, de romper com este tipo de atuação. É considerado fundamental nesta faixa etária, mais do que qualquer outra coisa, estimular mudanças para um estilo de vida saudável.

Berger (1995) afirma que:

Como os medicamentos são hoje em dia o principal instrumento terapêutico utilizado para tratar a maior parte dos problemas de saúde dos idosos, a equipe deve estar particularmente atenta a estes clientes, porque, embora seja suposto que estes produtos

restaurem a saúde, eles são com freqüência perigosos e podem constituir atentados a saúde física e mental (p.459).

Sob análise a seguir destaca - se os temas emergidos dos dados empíricos correspondentes ao quarto e último questionamento.

Questionamento 4: O (a) senhor (a) pode me dizer o que mais gostaria que fosse feito durante a visita domiciliária?”

TEMA 1 manifestação de conformidade diante do que é realizado

DSC *“Por ora está bom o que eles fazem. Porque, o que eu posso pedir mais do que eles vir aqui? Para mim do jeito que eles fazem ta bom porque realmente a gente só precisa de uma palavra que a pessoa dê, de uma saúde, de um remédio né? O que a gente ta sentindo a gente diz, aí tá bom... Só dando o que eu preciso (o remédio) já é bom, né?”*

IC1: A própria visita é motivo de satisfação

IC2: Só precisa de uma palavra

IC3: Só por doar remédio já está bom.

Diante do discurso coletivo refletimos acerca de quantas características desfavoráveis - culturalmente e socialmente falando - acumulam essas pessoas entrevistadas. São “Velhas”, pobres, a maioria é mulher, moram na área rural. São, portanto, pessoas “Politicamente frágeis”, não possuem vez nem voz no atendimento a suas reivindicações mais simples.

A própria sociedade exclui essas pessoas do contexto das decisões. Para essas elas qualquer que seja a atitude que o outro venham a ter em sua direção é muito valorizada. Ainda, condições mórbidas propiciam de estarem presentes nessa faixa etária - depressão, baixa auto-estima (MONTENEGRO; MANETTA;

BRUNETTI, 1998) – pode definir um estado de animo em que o idoso não se sente merecedor de atenção e cuidado. Entretanto, ressalte-se a VD como pratica de saúde que busca satisfazer o usuário, estimulando-o ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de participação social efetiva.

Nestes termos, nas ICs analisadas constata-se certo conformismo que beira a morbidade (social) por parte dos idosos entrevistados. Visto tratar-se o ser humano de algo incompleto, necessitando, portanto, de estar em permanente busca dessa completude, característica mais natural e sadia assumida pelo individuo deve ser de inconformidade, de insatisfação.

Nas idéias centrais 1 e 2, constata-se que alguns idosos têm a necessidade de, simplesmente falar e ser ouvido por alguém, talvez pela solidão, o isolamento, o que é muito comum nesta fase da vida, principalmente quando sofre perdas, essas pessoas são impulsionadas a procurar compreensão de outras pessoas.

A solidão está relacionada ao fato de que, na maioria das vezes, os idosos não podem subsistir por si próprios (regressam a uma etapa quase infantil de dependência) e, infelizmente, muitas vezes tem a realidade de não contarem com alguém que lhes ofereça o carinho que necessitam. Dependendo do grau desta situação, o indivíduo idoso pode entrar numa depressão muito severa e caminhar para morte. A solidão acompanhada da inatividade e das perdas de entes queridos está entre as principais causas de depressão na terceira idade, que hoje é a principal doença mental. A auto-estima é hoje considerada razão

primordial para uma vida útil e feliz nos últimos anos de existência (MONTENEGRO; MANETTA; BRUNETTI, 1998).

Atuando nessa dimensão, estimular o reconhecimento da saúde significa para a ESF conduzir a família a detectar algumas necessidades ocultas que podem estar associadas a males físicos, problemas de saúde causados por diversas patologias, e agravados pela solidão e a pobreza.

Na terceira idéia central, nota-se mais uma vez que a medicalização está presente no discurso dos idosos entrevistados. Neste sentido Rozenfeld (2003), complementa que, “Atualmente, o uso de medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos, benéficos ou indesejáveis. O aprimoramento da farmacoterapia e da qualidade de assistência depende, entre outras medidas, da atuação no campo da prescrição” (p. 14).

TEMA 2 manifestação de inconformidade diante do que é realizado

DSC *“ Eu gostaria que eles fossem um médico bom para mim. Eu penso que eles têm é que satisfazer o paciente. Vê se o paciente está bem, está bom, levar o doente para fazer um exame, levar para o hospital, para o posto de saúde se precisar. Só queria que ele quando viesse tivesse boa presença, e facilitasse, bem, como fazer um exame de sangue. Mas ele faz é dizer: Não, a senhora mande lá que a agente de saúde vai marcar para a senhora. Ou então diz assim: eu vou ver se arrumo um carro para senhora ir fazer, porque tem que ir fazer lá no laboratório. Se fosse pra fazer em casa ainda era melhor, eu achava bom assim, porque ficava mais fácil para eu do que eu sair. Eu gostaria que eles me visitassem mais e me dessem remédio. Se eu tenho a pressão alta*

aí eles dão o remédio, e dá em cima para eu me cuidar. Eles tinham era que mudar o remédio, porque esse não dá jeito não... pois pensam que eu me sinto bem com esse remédio, mas eu não me sinto, e não digo com vergonha. Para outras coisas que eu sinto, que eles passassem uma injeção, porque com injeção eu me dou bem, passasse uma injeção que fosse boa, porque eu não posso tomar injeção assim a toa, só com ordem do Dr. não é? O que eles poderiam fazer pra mim eu nunca citei não, eu nunca citei pra eles não. Porque é assim, uma ajuda para eu fazer uma limpeza num banheiro.. Aí eu fico muito satisfeita.

IC1: Que ele fosse um médico bom “para mim”

IC2: Tem que satisfazer o paciente

IC3: Que ouvisse o paciente em suas solicitações (outras queixas e necessidades)

Entende-se a IC1 “*Que fosse um médico bom para mim*”, comportar certo grau de crítica ao formato de VD que vem sendo realizada. E complementa-se essa crítica com a IC2, quando deixa evidente que aquilo que a ESF parece ainda não ter assimilado, já se pode constatar como discurso coletivo: a VD como prática de saúde que busca satisfazer o usuário.

Constata-se a necessidade de profissionais se dedicarem mais; já sendo essa uma exigência da própria comunidade. Como foi dito anteriormente, os idosos são o grupo populacional que provavelmente mais necessite de apoio emocional, pois é menos ouvido pela população em geral, e aí estão incluídos

os profissionais de saúde. Durante a visita domiciliar é referido pelos próprios idosos a percepção de que eles buscam além da consulta médica, alguém que lhes dê atenção, acolhimento, ouça suas inquietações. Conversar com um profissional da equipe é buscar apoio e suprir suas carências, sendo neste aspecto a equipe de saúde o ponto de referência como suporte para o idoso.

A IC3 vai evidenciar o quanto os idosos necessitam de cuidados que não seja somente vinculada a assistência médica, mas também de amparo social e econômico. Por este motivo, se faz necessário identificar as necessidades relativas à saúde, onde é preciso perguntar, observar e ouvir; visto que, o idoso é uma pessoa carente, solitários, com pouco convívio social e que precisa de atenção.

Em função dessa reivindicação justifica-se a atuação da ESF no que tange ao desenvolvimento de estratégias envolvendo família e a comunidade em prol da mudança da mentalidade no tratamento da questão envelhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram constatar a literatura naquilo que diz respeito à longevidade. Na área investigada mais de 1/3 das famílias possuíam pelo menos um idoso. No que se refere à dependência no envelhecimento, constatou-se que 10% daquele total possuía alguma limitação para se locomover, o que chama a atenção, considerando que consta na literatura o percentual de 20% de idosos dependentes em relação à população nacional.

Diante das circunstâncias, é de se esperar que a VD assumia significado todo particular para esse grupo populacional. A expressividade da atuação da equipe de PSF estaria em poder atuar na integração social desse idoso e na geração de maior autonomia pessoal. Entretanto, não se constatou ações que fossem desenvolvidas pela equipe com esse propósito.

Não obstante, a VD é valorizada pelos idosos entrevistados. Há discursos que evidenciam a satisfação do sujeito coletivo em relação ao fato de poder contar com os profissionais de saúde o assistindo em sua residência por meio da VD. Justifica-se tal satisfação na não necessidade de deslocamento para os Postos de Saúde; prática que requer das famílias grandes sacrifícios.

Além dos problemas mórbidos que foram verificados acometendo os idosos, constatou-se que na área investigada as famílias sofrem de abandono e de carências materiais. Diante desse quadro, no discurso a VD é descrita também como se tratando de “uma ajuda de Deus”. Como tal, o sujeito coletivo revela sentir-se “cuidado”. Cuidado aqui vem associado à possibilidade, mais

uma vez, de poder ser assistido em casa, e também receber medicamentos para o controle de suas morbidades. Em função disso, os sentimentos que se exacerbam são de felicidade e de gratidão para com os profissionais da equipe.

Ainda, no discurso, oportunizou-se conhecer o idoso como um ser social, dotado de experiências, conhecimentos, interesses e que tem valores sócios culturais que produzem sentidos e significados sobre seu processo de cronicidade ou adoecimento, assim como acerca da VD. Nesse sentido, não foram os discursos compostos somente de aspectos positivos acerca da VD. Idosos conseguem visualizar, e descrevem as deficiências da VD realizada: acham insuficientes as quantidades de visitas realizadas; não é assegurado transporte para locomoção em caso de necessidade de exames complementares ou mesmo internações; a visita é realizada apenas por alguns dos profissionais e não por todos que normalmente compõem a equipe, é limitada a atuação da equipe, o tratamento destinado ao idoso pelo profissional de saúde é considerado, às vezes, desrespeitoso.

Quanto ao fato de, na área estudada, a VD nem sempre ser realizada pela equipe integral, ou seja, pelo médico, o enfermeiro, o odontólogo, os auxiliares e os ACS, destacam ainda que essa visita só se dê em situações específicas: quando solicitadas pelos agentes comunitários de saúde, que identificam, no caso dos idosos, problemas que inviabilizem o deslocamento até o posto de saúde.

O “Cuidado” referido no DSC limita-se a possibilidade de o idoso ser consultado (basicamente o enfoque da consulta está nos valores da pressão

arterial e glicêmicos), e receber as orientações de como proceder quando são verificadas distorções nesses valores. Dessa dinâmica decorre a abordagem tradicional com enfoque no indivíduo e na doença, e em função da qual se dá a doação de medicamentos, a solicitação de exames e os encaminhamentos.

Diante dos achados concluiu-se que a VD vem sendo utilizada pelo profissional (em especial o profissional médico) para possibilitar uma consulta clínica, ou para dar prosseguimento aos agendamentos dentro de programas específicos (Programa de Hipertensão e Diabetes, por exemplo), de maneira que apenas deixam essas atividades de serem realizadas no Posto de Saúde, sendo transferidas para o domicílio. Deste modo, essa ocasião não vem sendo oportunizada conforme preconiza a literatura, não se pondo em prática medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce dos agravos mais freqüentes, bem como medidas de reabilitação dos problemas mórbidos identificados como limitantes do convívio familiar e social do idoso.

Por fim, refletir e tecer crítica a essa postura nos remete ao próprio discurso coletivo onde se identifica que os sujeitos necessitam e esperam dos profissionais de saúde (alem da consulta médica e dos remédios) respeito, informação, cuidado, acolhimento. Mas, também, alguém que lhes dê atenção, ouça suas inquietações, resolva suas dificuldades, atuem em suas carências. Do exposto, decorre os questionamentos: como atender a todas essas expectativas sem que se esteja estimulando a dependência?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, M.R.N. **A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde – doença.** 1999. 180p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
2. BALLINT M. **O médico, seu paciente e a doença.** São Paulo: Atheneu, 1975.
3. BALTES, M.; SILVERBERG, S. **A Dinâmica dependência - autonomia no curso da vida.** In: NERI, A.L. Psicologia do envelhecimento. Campinas: Papirus, 1995.
4. BERGER, L.M. **Pessoas idosas: Uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades.** São Paulo: Lusodidacta, 1995.
5. BRASIL. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, n. 201, p. 21082, 16 out. 1996. Seção I.
6. _____. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo Ministério da Saúde. Manual de Condutas Médicas / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
7. _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. 128p.

8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Assistência e Promoção a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1996.
9. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 73 Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF): 14 maio 2001. Seção 1, p.174-184.
10. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.
11. CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência**: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública, v.19, n.3, p.773-81, 2003.
12. CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004
13. COELHO, F. L. G. **Visita Domiciliar**. In: I Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade: Qualidade e Transformação. Belo Horizonte, 23 a 25 de Maio de 2003.
14. DALY, H. E. **Crescimento sustentável? Não, obrigado**. Ambient. soc., Campinas, v. 7, n. 2, 2004.
15. DOMINGUEZ, B. N. R. **O Programa Saúde da Família**: Como Fazer. Revista e Atualizada. 1998.
16. DRAIBE, S. **As políticas sociais nos anos 1990**. In: Brasil: Uma Década em Transição. Rio de Janeiro: Editora Campus/Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1999.

17. DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliário**: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.
18. GIRARDON-PERLINI, N. M. O. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio**: o fazer do cuidador familiar. Coleção trabalhos acadêmico-científicos. Série dissertações de mestrado, 2001.
19. KAWAMOTO, E. E., SANTOS, M. C. H., MATTOS, T. M. Visita domiciliar. In: KAWAMOTO, E. E., SANTOS M. C. H., MATTOS, T. M. Enfermagem Comunitária. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1995.
20. KLEINMAN, A. **The illness narratives**. Basic Books, Inc. United States of America, 1988.
21. LEFRÉVE, F.; LEFRÉVE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2005.
22. MALINOWSKI, B.K. **Os argonautas do pacífico**. São Paulo: Abril, 1984.
23. MAZZA, M. P. **A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde**. Revista de Faculdade de Saúde Pública. 1998.
24. MEDEIROS, M. **Olhando a lua pelo mundo da rua**: representações sociais da experiência de vida de meninos em situação de rua. Ribeirão Preto, 1999.

25. MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
26. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1998.
27. MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E.; BRUNETTI, B.R. **Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogerátrico**. *Atual. Geriatr.*, v. 3, n. 17, p. 6-10, jun. 1998.
28. PAIM, J.S. **Medicina Familiar no Brasil**: movimento ideológico e ação política. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1986.
29. PASCHOAL, S.M.P. **Autonomia e independência**. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.
30. PEPE, V. L. E. CASTRO, C.G.S. O. **A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes**: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p. 815-822, 2000.
31. PEREIRA NETO, A. F. **Palavras, gestos e intenções. Os interesses profissionais da elite médica**. 1997. 332p. Tese (Doutorado). Congresso Nacional dos Práticos (1922) Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1997.
32. PERSINI, L. **Dignidade no outono da vida**: O mundo da saúde. v. 23, n. 4, p.195-196, jul/ago, 1999.
33. RAMOS, L. **A evolução da informalidade no Brasil metropolitano: 1991-2001**. Rio de Janeiro: Ipea, 2002.

34. RICHMOND, C. **A Gentle revolution in Community Care is Under Way in Britain.** Can. Med. Assoc. v.15, n.1, p.1886-8,1994.
35. ROMANO-LIEBER, N.S. et al. **Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos.** Cad. Saúde Pública. v. 18, n. 6, 2002.
36. ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** Rio de Janeiro: HUCITEC, UNESP, ABRASCO, 1994.
37. ROZENFELD, S. **Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão.** Cad. Saúde Pública. v. 19, n. 3, 2003.
38. ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: UNESP, HUCITEC, ABRASCO, 1994.
39. SACRAMENTO; R.F.; Hospital em casa **Rev. Bras. de Home Care.** v.1, n.9. p.14 jun.1995.
40. SMETZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgico** 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
41. SOBREIRA, N.R. **Enfermagem comunitária.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
42. TEIXEIRA, J.J.V.; LEFRÉVE,F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública.** v. 35, n.2, 2001.

43. TEIXEIRA, R.A., MISHIMA, S.M., PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde - a assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enf.**, v.53, n. 2, p. 193-204, 2000.
44. TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.
45. TURINI, R. T. N.; MARRA, C. C.; MURAI, H. C. et al. Avaliando a assistência ao idoso: a construção de um formulário para coleta de dados. In Cianciarullo, T. I. (org), **Saúde na família e na comunidade.** São Paulo: Robe, 2002.
46. Veras, R.P. - Saúde Mental dos Idosos no Rio de Janeiro. In: **Demência.** São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1995.
47. WOOD, G.L.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

APÊNDICE – A INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1) Fale sobre a Visita domiciliar realizada pelo Programa Saúde da Família. O que o senhor (a) sabe?

2) Como o (a) senhor (a) se sente ao ser visitado (a) em casa pelos profissionais de saúde?

3) O senhor pode me dizer o que é feito pelos profissionais durante a visita domiciliar?

4) o senhor pode me dizer o que gostaria que fosse feito durante a visita domiciliar?

APÊNDICE B – CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE DO ESTUDO

Eu, **CHRISTIANNE MACEDO DA ROCHA** portadora de RG 91002131297 aluna do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS A VISITA DOMICILIARIA POR IDOSOS ASSISTIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FLORIANO - PIAUÍ**. O estudo tem como objetivo: conhecer os significados atribuídos à visita domiciliar por idosos dependentes assistidos no Programa Saúde da Família.

Os dados serão coletados na própria residência dos participantes da pesquisa após contato prévio com a Equipe de Saúde da Família responsável pelo idoso pesquisado.

Informo que antes e durante a pesquisa, o Sr. (a) será esclarecido de que não haverá riscos, poderá se recusar a participar ou a se retirar da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema. O segredo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo.

Importante esclarecer que a “Sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de duvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA / UNIFOR. Endereço: Av Washington Soares, 1321. CEP: 60811-341 – Fortaleza –CE”. Sendo necessário, contatar com a pesquisadora responsável.

Christianne Macedo da Rocha

Fone: (86) 9991-0881

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, o Sr.(a), _____ p
 ortador (a) da cédula de identidade _____
 após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente do tipo de participação neste estudo, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante e/ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional e de que terei acesso as informações da mesma.

456m caso de esclarecimento sobre a pesquisa entrar em contato com o pesquisador responsável;

Nome: Christianne Macêdo da Rocha; Telefone: (86) 9991-0881

Em caso de dúvida sobre a ética da pesquisa entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – 60811-341 Fortaleza – Ceará ou coetica@unifor.br

Declaro que após esclarecimento pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar de forma voluntária da pesquisa.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____

 Participante ou Representante legal

 Pesquisador Responsável

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](#)