

JACIARA BEZERRA MARQUES

**CONCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE
JUAZEIRO DO NORTE SOBRE SAÚDE DO IDOSO**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

São Paulo-SP

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CONCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE
JUAZEIRO DO NORTE SOBRE SAÚDE DO IDOSO**

JACIARA BEZERRA MARQUES

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. WILZA VIEIRA VILLELA

SÃO PAULO-SP
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M357c Marques, Jaciara Bezerra.

Concepção dos médicos da atenção primária de Juazeiro do Norte sobre saúde do idoso. [manuscrito] / por Jaciara Bezerra Marques. – 2010.

89 f.: il.; 29 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Wilza Vieira Villela.

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Ciências – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

1. Saúde do idoso – concepção médica. 2. Atenção à saúde do Idoso. 3. Serviços de saúde para idosos. I. Villela, Wilza Vieira. II. Universidade Federal de São Paulo. III. Título.

CDD: 613.0434

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Wilza Vieira Villela
Professora orientadora

Profa. Dra. Ângela Maria Machado de Lima
1ª. examinadora

Dra. Tereza Etsuko da Costa Rosa
2ª. examinadora

Profa. Dra. Lucila Amaral Carneiro Vianna
3ª. examinadora

Profa. Dra. Guiomar Silva Lopes
Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à mulher e ao homem mais importantes da minha vida:
Maria Aparecida e Francisco Marcondes, meus pais amados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Wilza Vieira Villela, por sua paciência e grande habilidade em mostrar o caminho certo a prosseguir nessa jornada das palavras e do conhecimento. Agradeço a UNIFESP pela oportunidade de eu fazer parte do mestrado que tanto desejei.

Agradeço ao meu namorado Isaac, por sua presença e compreensão nos momentos difíceis. Agradeço às amigas Anair e Paola, pela companhia e ajuda do início até o final dessa empreitada. Agradeço as minhas irmãs Cynthia e Cynara, pela amizade eterna e apoio nas horas precisas. Agradeço aos meus pais Aparecida e Marcondes, pelo amor incondicional e incentivo constante às minhas investidas profissionais e pessoais.

Agradeço aos amigos Karine, Alessandro, Sofia, Gabriel, Adriano, Kristopherson, Lenora, Manuela, Danilo, Clarisse, Renata por me receberem tão calorosamente nesta terra, São Paulo, que a partir de agora se tornou mais querida ainda.

Por fim, agradeço à Grande Mãe e a Deus pela vida e intuição.

RESUMO

A velhice constitui-se de uma fase da vida quando ocorrem várias mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Os profissionais de saúde da atenção primária, incluindo os médicos, devem estar capacitados na prevenção e controle dos agravos à saúde dos idosos. A avaliação multidimensional do idoso, que objetiva fazer uma análise global com ênfase na funcionalidade, constitui-se um modelo de avaliação que deve ser utilizado na atenção à saúde do idoso. Juazeiro do Norte, município do interior do Ceará, com população de 242.139 habitantes e 21.714 idosos, até dezembro de 2009, não possuía Centro de Referência em Atenção ao Idoso. No serviço público local não havia nenhum geriatra. A maioria dos idosos desta cidade recebeu atendimento médico através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O estudo objetivou conhecer a concepção dos médicos da ESF de Juazeiro do Norte sobre a atenção à saúde do idoso, além de descrever suas atividades dentro de sua equipe de ESF. Para tanto foi realizado estudo qualitativo através de entrevistas com dez médicos da ESF. O referencial teórico utilizado foi a Teoria das Representações Sociais. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, que utilizou um roteiro com questões norteadoras. Nenhum dos entrevistados soube informar o número de idosos na área adstrita a sua ESF. A maioria negou atividades coletivas com idosos. Todos confirmando realizar visitas domiciliares aos idosos. A lembrança mais citada ao se referir a ações da ESF com idosos eram de consultas ambulatoriais. Ao se questionar sobre principais problemas dos idosos em Juazeiro do Norte, destacou-se a lembrança de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Problemas relacionados à solicitação de exames e à medicalização também foram destacados. Todos os entrevistados fizeram algum tipo de crítica ao serviço de saúde em questão, no entanto nenhum demonstrou insatisfação em atender idosos. Nenhum dos entrevistados utiliza a avaliação multidimensional do idoso. A abordagem do serviço de saúde centrado na doença e na consulta ambulatorial – privilegiando as doenças crônicas comuns na velhice –, a não participação em ações com outros profissionais da saúde, a não utilização de uma avaliação global do idoso, a pouca valorização da família no processo do envelhecimento e uma visão negativa da velhice foram as principais características das concepções dos médicos observadas neste estudo.

Palavras-chave: Médicos, Atenção Primária, Saúde do Idoso, Juazeiro do Norte

ABSTRACT

Old age consists of one phase of life when there are several biological changes, psychological and social. Health professionals in primary care, including doctors, must be trained in the prevention and control of health hazards for the elderly. The multidimensional assessment of the elderly, which aims to make a comprehensive review with emphasis on functionality, constitutes a valuation model to be used in healthcare for the elderly. Juazeiro do Norte, a municipality in the interior of Ceará, with a population of 242 139 inhabitants and 21 714 elderly people, until December 2009, did not have the Reference Center on Elderly Care. In the public service there was no local geriatrician. Most elderly people of this city received medical care through the Family Health Strategy (FHS). This article focuses on the design of medical ESF of Juazeiro do Norte on healthcare for the elderly, and describe its activities within its team of FHS. For this qualitative study was conducted through interviews with ten doctors in the FHT. The theoretical framework was the Theory of Social Representations. The interviews were conducted by the researcher, who used a script with guiding questions. No one interviewed knew inform the number of elderly in the area attached to its FHS. Most denied collective activities with the elderly. All confirming perform home visits to elderly people. The memory most often cited when referring to actions of the ESF were elderly with medical appointments. When questioned about the main problems of the elderly in Juazeiro do Norte, stood out the memory of chronic diseases like hypertension and diabetes. Issues related to test ordering and medication were also highlighted. All respondents had some kind of critical to the health service in question, however, none showed dissatisfaction in serving the elderly. None of the respondents uses the multidimensional assessment of the elderly. The approach of care focused on disease and outpatient - focusing on chronic diseases common in old age - the failure to participate in activities with other health professionals, non-use of an overall assessment of the elderly, the low value placed on family aging process and a negative view of old age were the main characteristics of the conceptions of the doctors in this study.

Keywords: Doctors, Primary Care, Health of the Elderly, Juazeiro do Norte

LISTA DE ABREVIATURAS

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

SUS – Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes mellitus

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

AVC – Acidente Vascular Cerebral

HGT – Hemogluco teste (teste de glicemia capilar)

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Características gerais dos médicos entrevistados **pág. 43**
- Quadro 2.** Resposta imediata dos médicos entrevistados a pergunta “Faz alguma atividade com idosos no PSF?” **pág. 54**
- Quadro 3 :** Resposta imediata dos médicos entrevistados a pergunta “Quais são os principais problemas dos idosos em Juazeiro do Norte?” **pág. 55**
- Quadro 4:** Resposta imediata dos médicos entrevistados a pergunta “Como é para você trabalhar com o idoso no PSF?” **pág. 60**
- Quadro 5:** Resposta imediata dos médicos entrevistados a pergunta “Você se considera capacitado para atuar bem na saúde do idoso no PSF?” **pág. 65**
- Quadro 6:** Resposta imediata dos médicos entrevistados a pergunta “Você conhece ou já ouviu falar de avaliação multidimensional do idosos?” **pág. 67**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa	19
1.2 Objetivos	22
2. REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 Promoção de saúde para o envelhecimento	23
2.2 Atenção primária à saúde	25
2.3 Avaliação multidimensional do idoso	27
3. REFERENCIAL TEÓRICO	
4.1 Representações Sociais	33
4.1.1 Histórico da Teoria das Representações Sociais	33
4.1.2 Teoria das Representações Sociais	35
4. METODOLOGIA	38
4.1 Tipo de pesquisa	38
4.2 Sujeitos	38
4.3 Instrumentos e coleta de dados	38
4.4 Pré-teste	39
4.5 Análise dos dados	40
4.6 Aspectos éticos	40
TRABALHO DE CAMPO	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	44
5.1 Características dos sujeitos	44
5.2 Categorias	45
5.2.1 Razão de trabalhar na ESF	45
5.2.2 Conhecimento sobre dados da saúde do idoso	47
5.2.3 Atividades com idosos na ESF	48
5.2.1 Atividades coletivas	48
5.2.2 Visita domiciliar	50
5.2.3 Ações de promoção à saúde	51
5.2.4 Consulta ambulatorial	53

5.2.3 Principais problemas dos idosos em Juazeiro do Norte	55
5.2.4 Conduitas dos médicos na Saúde do Idoso na ESF	57
5.2.5 Avaliação das ações na saúde do idoso na ESF	59
5.2.6 Considerações sobre trabalho multiprofissional	67
5.2.7 Considerações sobre velhice	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
8. APÊNDICES	87
APÊNDICE 1. Formulário de identificação dos médicos	87
APÊNDICE 2. Roteiro de entrevista	88
APÊNDICE 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi concebido sob a ótica de uma médica de família, que trabalha em uma mesma unidade básica de saúde (USB) há seis anos, dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Juazeiro do Norte, Ceará, e que acredita que a Saúde do Idoso não é somente o resultado de políticas públicas voltadas aos idosos, mas que também deve incluir um conjunto de ações e procedimentos específicos que contribuem para a vida saudável durante o processo de envelhecimento, como atividades voltadas para o estilo e hábitos de vida e um acompanhamento multidimensional adequado.

Realizar estudo sobre meus colegas de trabalho foi um grande desafio. Tive de aceitar algumas recusas, mas felizmente fui bem recebida por muitos. O fato de uma colega, eu, entrevistá-los não foi algo comum. Perceber-se uma fonte de estudo, um sujeito de uma pesquisa, certamente não fazia parte do cotidiano daqueles entrevistados. Foi uma situação nova para eles. Já para mim, os encontros constituíram-se em uma fonte de conhecimentos que me levou a questionamentos e reflexões sobre como pensam e agem esses profissionais de saúde.

Com muitos deles eu nunca havia falado antes. Outros eu nunca nem mesmo tinha visto. Poucos eu já conhecia. Descobri um universo de pessoas tão próximas a mim e muitas vezes tão distantes. Eles têm a minha mesma função diariamente como médicos de família, mas podem, ao mesmo tempo, emitir opiniões ora tão diversas, ora tão semelhantes às minhas. Conversei com mulheres e homens, com jovens e velhos, uns com muita e outros com pouca experiência, mas todos eram médicos da ESF e atendiam idosos.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano, segundo Jacob Filho e Mônaco (2006), constitui-se de um fenômeno observado atualmente na maioria das sociedades. O envelhecimento da população tem como decorrência mudanças fisiológicas e patológicas que favorecem o surgimento de agravos nocivos à vida do idoso. No Brasil é considerado idoso o indivíduo com idade maior ou igual a sessenta anos (RAMOS, 2002).

Uma boa parte dos idosos é atingida por doenças crônicas não transmissíveis, que necessitam de acompanhamento constante de equipe multiprofissional, pois a maioria desses agravos não tem cura e pode gerar incapacidades e afetar a funcionalidade, dificultando ou impedindo o desempenho das atividades cotidianas de forma independente (RAMOS, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1948) definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Tal definição torna-se significativa para o universo dos idosos que apresentam doenças crônicas e incuráveis. Quando estas doenças são devidamente controladas, os idosos podem apresentar condições saudáveis de vida.

A manutenção da capacidade de estar ativo na sociedade, com satisfação e gozando do melhor estado de saúde possível deve ser o objetivo das políticas e dos serviços de saúde voltados para a população idosa. Para a realização da promoção da saúde do idoso são necessárias mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável a pessoas nessa faixa etária.

Quando se fala em saúde do idoso, as metas a serem alcançadas são de satisfação em viver, independência e autonomia por maior tempo possível. A dependência é um dos maiores temores nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passou a ser uma função da equipe de saúde, em especial na atenção primária.

Em estudo qualitativo realizado em João Pessoa, Paraíba, foram entrevistados oito médicos e oito enfermeiras de oito UBS sobre o cuidado aos idosos. Eles consideraram esse cuidado incipiente e direcionado para patologia. No que se refere às dificuldades experimentadas, os entrevistados apontaram aquelas oriundas da falta de capacitação profissional e relativas à falta de estrutura do programa, da unidade e da comunidade. As expectativas dos profissionais, com relação ao cuidado com o idoso na ESF, consistiam em

melhorar a qualidade do serviço. A autora do estudo destacou que a assistência ao idoso na atenção primária de saúde requer melhorias para que este venha a receber um cuidado integral e uma melhor qualidade de vida (FERNANDES, 2006).

Desde 1994, o Ministério da Saúde do Brasil vem adotando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde brasileiro. A ESF atua com práticas desenvolvidas por equipes responsáveis pela saúde de uma determinada população a ela adstrita, voltada à atenção integral do indivíduo, de forma humanizada, considerando as características locais e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2006b).

Em estudo realizado em Uberaba, Minas Gerais, foram entrevistados 58 idosos atendidos pela ESF. Os idosos apresentaram idade igual a $71 \pm 7,2$ anos, sendo 77,6% aposentados, 43,1% analfabetos, 60% sedentários e 15,5% fumantes. Os problemas de saúde mais frequentes foram doença cardiovascular (60,3%), dor (43,1%) e doença endócrina (20,7%). Destacou-se neste estudo a necessidade da adequação dos serviços de saúde às características da demanda associadas ao envelhecimento (LOPES, OLIVEIRA, 2004).

Promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, a Política Nacional do Idoso assegurou os direitos sociais à pessoa idosa, favorecendo a criação de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmou o direito à saúde nos vários tipos de atendimento do SUS. Essa política admitiu que o principal problema que pode afetar o idoso seria a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades de vida diária (BRASIL, 2006d).

Dentre as estratégias da Política Nacional do Idoso, destacou-se a proposta de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002). Como parte de operacionalização das redes foram criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, que compreenderam: serviço de internação hospitalar; hospital-dia geriátrico; ambulatórios especializados e atendimento domiciliar ao idoso. Estratégias como a capacitação das equipes da ESF também foram incluídas (MIYATA, VAGETTI, FANHENI e col. 2005).

Com o aumento da detecção de idosos na comunidade em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tornou-se imperiosa a readequação da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). O Ministério da Saúde, em 23 de fevereiro de 2006, criou a Portaria 399, publicada no Diário Oficial da União, instituindo o Pacto pela Saúde, que se constituiu em um

conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos resultantes de análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. As ações prioritárias no campo da saúde deveriam ser executadas com foco em resultados e com explicitação dos compromissos orçamentários para o alcance dos resultados. Dentre as prioridades do Pacto pela Saúde, estava a Saúde do Idoso (BRASIL, 2007; BRASIL, 2006c).

Segundo Kalache (2007), os níveis de saúde dos idosos estão melhorando no Brasil, o acesso a serviços sanitários está mais abrangente e o nível de satisfação com esses serviços seguem mais altos que anteriormente. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 1998 e 2003, foram analisados e indicaram melhoria das condições de saúde dos idosos e uma distribuição de doença crônica semelhante para todos os grupos de renda. Os idosos apresentaram maior carga de doenças e incapacidades, e usaram mais os serviços de saúde que os mais jovens. Os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostraram ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras, como os centros de convivência com avaliação e tratamento de saúde (VERAS, 2009).

Em estudo realizado nos quatro Núcleos de Saúde da Família, do Centro de Saúde Escola em Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, foram entrevistados vinte e dois profissionais de saúde vinculados a ESF, dentre eles, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Observou-se em todos os entrevistados, sensibilização geral que expressa potencialidades no trabalho e na atenção à população idosa, apesar das dificuldades encontradas (PROTTI, PALHA, 2002).

O objetivo do Pacto pela Vida quanto à Saúde do Idoso constituiu-se na implantação da PNSPI e as suas diretrizes são:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integridade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar e acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; provimentos de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde do idoso; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006c).

As ações estratégicas da Saúde do Idoso segundo a PNSPI foram:

Caderneta de saúde da pessoa idosa, manual de atenção básica e saúde para a pessoa idosa, programa de educação permanente à distância, acolhimento, assistência farmacêutica, atenção diferenciada na internação e atenção domiciliar (BRASIL, 2006d).

Na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe da ESF foram:

Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência; identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização; alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde – Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa; conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade; acolher as pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito; prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal; realizar e participar das atividades de educação permanente relativa à saúde da pessoa idosa e desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006d).

As atribuições dos médicos das equipes da ESF, segundo a PNSPI foram:

Realizar atenção integral às pessoas idosas; realizar consulta, incluindo a avaliação multidimensional rápida e uso de instrumentos complementares; avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico; prescrever tratamento medicamentoso; solicitar exames complementares, realizar assistência domiciliar, encaminhar a pessoa idosa a serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento; orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos; orientar o idoso, os familiares e/ou o cuidador na identificação de sinais e/ou sintomas que requeiram atendimento de saúde imediato e realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção à pessoa idosa (BRASIL, 2006d).

Alguns programas implementados pelo governo federal quanto à atenção a saúde da pessoa idosa foram: vacinação dos idosos, programa de valorização e saúde dos idosos, mutirão de cirurgia de cataratas, distribuição de medicamentos para doenças prevalentes. Dos governos estaduais, somente o de Minas Gerais integralizou as ações previstas na PNSPI. Entre os maiores municípios brasileiros, a grande São Paulo se destacou na aplicação das referidas ações (MIYATA, VAGETTI, FANHENI e col. 2005).

A Saúde do Idoso constitui uma das prioridades do Pacto pela Vida. A PNSPI,

o Estatuto do Idoso, dentre outras, fundamentaram e legitimaram esta prioridade, porém muito ainda precisa ser feito para que as estratégias para melhoria da vida dos idosos sejam presenciadas. Em estudo realizado em Manaus, Amazônia, foram entrevistadas oito gestoras de unidades de saúde. As gestoras reconheceram que os usuários idosos recebiam tratamento humanizado e tinham prioridade no atendimento. Todavia, destacaram a falta de capacitação específica de uma equipe interdisciplinar ampliada e a falta de infra-estrutura adequada (SILVA, ALMEIDA, LOPES, 2005).

O diagnóstico multidimensional do idoso constitui-se da resultante da avaliação global da capacidade funcional do idoso a partir de instrumento investigativo diagnóstico que engloba várias dimensões relacionadas à saúde. Vários instrumentos foram criados com propósito desse diagnóstico, dentre os quais *Olders Americans Research and Services* e *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*, de origem americana (DURHAN, 1978). Estes instrumentos foram traduzidos e adaptados para o português (RAMOS, GOIHMAN, 1989).

O diagnóstico multidimensional foi proposto como o ponto inicial da atenção à saúde da pessoa idosa na atenção primária. Este diagnóstico é influenciado por vários fatores: história clínica – contendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais e funcionais –, exame físico, ambiente que o idoso vive e relação profissional de saúde, idosos e familiares.

Para oferecer atenção à saúde integral do idoso com qualidade, os profissionais de saúde, incluindo os médicos, deveriam ser capacitados para realizar a avaliação multidimensional adequada dos idosos e para lidar com os idosos, considerando que eles podem possuir características heterogêneas e ao mesmo tempo complexas.

A população brasileira, os profissionais de saúde, o sistema de saúde e toda a engrenagem social e econômica ainda estão despreparados para as mudanças decorrentes do envelhecimento populacional. Envelhecer aumenta o peso dos cuidados com a saúde e a necessidade de aprimorar as relações, a solidariedade social e inter-geracional. O manejo da saúde, específico e avançado, voltado para a população idosa, faz-se necessário, com parâmetros técnicos, culturais, sociais e biomédicos, que tenham como foco a prevenção e a promoção da saúde (LITVOC, BRITO, 2004).

1.1 Justificativa

Dados das Nações Unidas (2004) mostraram que havia cerca de 672 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais no mundo no ano de 2005 e estima-se que em 2025 este número dobrará e em 2050 atingirá 2 bilhões. No século passado, a expectativa de vida ao nascer teve um incremento nunca antes observado. Segundo Ramos (2002), no Japão, país com maior longevidade no mundo, a expectativa de vida ao nascer já chegava aos 85 anos. Projeções do IBGE mostraram que a esperança de vida do brasileiro ao nascer em 2007 foi de 72,5 anos (IBGE, 2007).

Kalache (2007) afirmou que está menos difícil envelhecer no Brasil e destacou que havia mais de 6 milhões de idosos aposentados, a maioria em zona rural, e que os mesmo tinham acesso a crédito, o que lhes conferia um sentido de dignidade e auto-estima. Também sinalizou que haveria mais qualidade de informações disponíveis aos idosos e mais pesquisadores se dedicando ao estudo do envelhecimento.

Segundo o IBGE (2007), em Juazeiro do Norte, existiam 242.139 habitantes, dos quais 21.714 eram idosos, correspondendo a 8,9% da sua população. A cobertura da ESF nesta cidade é de 86%, totalizando 58 equipes. Cada equipe da ESF encontra-se responsável por cerca de 3.600 pessoas, incluindo 320 idosos. Portanto, estima-se que cerca de 18.600 idosos sejam assistidos pela ESF em Juazeiro do Norte.

Juazeiro do Norte é o maior município em população do interior do Ceará. Muitas pessoas de cidades próximas procuram este município em busca de serviços médicos. No entanto, em Juazeiro do Norte, não existia, até dezembro de 2009, um Centro de Referência em Atenção ao Idoso, espaço ligado às Secretarias de Saúde do Município e do Estado responsável pela assistência integral, integrada hospitalar e ambulatorial dos idosos (BRASIL, 2002).

Quando necessário, os idosos em Juazeiro do Norte eram encaminhados pelas equipes da ESF para outras especialidades como cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia. Porém, não havia, até dezembro de 2009, no serviço público, médicos geriatras, nem outros profissionais de saúde como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, odontólogos com formação em Gerontologia.

A Gerontologia é um campo de saber específico que aborda cientificamente o envelhecimento, envolvendo estudos da Geriatria como especialidade médica além de estudos da psicologia e das ciências sociais voltados para as idades avançadas (DEBERT, 1999). É uma área do conhecimento nova e por essa razão existem poucos especialistas. Segundo

Motta e Aguiar (2007), há escassez de especialistas em Geriatria e Gerontologia no Brasil. Existem poucos programas de residência médica e de especialização em Gerontologia e Geriatria; estes estão predominantemente situados na região Sudeste. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (2008), são cadastrados no Conselho Regional do Ceará 11 geriatras, enquanto no país são cadastrados 579.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em Juazeiro do Norte, em julho de 2008, 62.147 famílias estavam sendo acompanhadas pela ESF, sendo realizadas 67.637 visitas pelos agentes comunitários de saúde às famílias e 776 visitas pelos médicos. No mesmo período, foram identificados 8.492 lares fazendo uso de água não tratada, 3.886 sem abastecimento público de água, 1.175 casas de taipa, 1.983 residências com fossa a céu aberto, 4.904 sem coleta pública de lixo (BRASIL, 2008).

Para os idosos que moram em áreas descobertas pela ESF, o acesso aos serviços de saúde pode encontrar-se bastante difícil. Por observação pessoal, foi percebido que a cidade não apresenta infra-estrutura adequada para deslocamento de pessoas com dificuldade para deambular – e que, assim, apresentam risco de quedas: os transportes coletivos possuem degraus altos, há poucas rampas de acesso a prédios públicos e privados; a sinalização de trânsito é insuficiente e boa parte da população se desloca através de motocicletas, inclusive os idosos, sem uso de capacetes.

A infra-estrutura das equipes da ESF também se encontra precária na maioria das unidades básicas de saúde e boa parte das equipes tem dificuldade para realizar suas visitas domiciliares aos idosos impossibilitados de deslocamento devido à quantidade insuficiente de transporte para realização das visitas.

Mesmo com estas características da população, da cidade e do serviço, as equipes da ESF continuam sendo responsáveis pela atenção à saúde da maioria dos idosos de Juazeiro do Norte. Nesta cidade, de acordo com dados do SIAB, de janeiro a julho de 2008, foram realizadas 40.819 consultas médicas aos idosos dentro da ESF. Nesse resultado, encontraram-se os idosos que foram acompanhados mensalmente pelas equipes da ESF, como os hipertensos e diabéticos, assim como aqueles que nunca foram consultados (BRASIL, 2008).

Considerando o contexto acima, torna-se um desafio para os médicos da atenção primária desenvolver de forma adequada a atenção ao idoso, cujo quadro de saúde tem características que podem variar de grandes incapacidades e com dependência total nas atividades diárias até indivíduos totalmente independentes e gozando de capacidade para usufruir da vida apesar de apresentarem algum tipo de doença.

Lidar com o envelhecimento pode não ser uma tarefa muito fácil. Alguns conceitos e práticas relacionados ao envelhecimento deveriam estar bem consolidados entre os médicos para a condução do cuidado nessa etapa da vida, como a avaliação da dependência nas atividades de vida diárias e nas atividades funcionais de vida diária, a avaliação multidimensional do idoso e risco de quedas.

Médicos e demais componentes da equipe do ESF deveriam conhecer a quantidade e a situação dos idosos da comunidade pela qual são responsáveis para assim poderem planejar ações, buscando a melhoria de saúde dessas pessoas. O médico que faz acompanhamento de idosos no serviço de atenção primária deveria também conhecer os principais problemas e as possibilidades de melhoria da saúde das pessoas nesta fase da vida, além de estar capacitado para atuar adequadamente na atenção ao idoso e para utilizar avaliação multidimensional do idoso.

Nas 58 equipes da ESF de Juazeiro do Norte, não há uma padronização da atenção a saúde do Idoso que é sugerida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a). Nessa circunstância, os profissionais passaram a atuar no serviço de saúde de acordo com a sua experiência prévia, interesse profissional no tema e habilidade para lidar com idosos.

Partindo do pressuposto de que os médicos que trabalham na ESF em Juazeiro do Norte não têm formação específica para a atuação em atenção primária, não possuem formação em Geriatria ou Gerontologia ou receberam capacitação ou atualizações sobre Saúde do Idoso, o presente estudo buscou conhecer a concepção desses médicos sobre a atenção à saúde do idoso, visto que são eles os principais responsáveis pela assistência médica da maioria dos idosos desta cidade.

1.2 Objetivos

Objetivo geral

Conhecer a concepção dos médicos que atuam na ESF de Juazeiro do Norte sobre atenção à saúde do idoso.

Objetivos específicos

1. Descrever as atividades desenvolvidas pelos médicos quanto à saúde do idoso dentro de sua equipe de ESF.
2. Conhecer a compreensão dos médicos sobre sua atuação na atenção à saúde do idoso.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Prevenção do envelhecimento

Segundo Czeresnia (2003), a relação entre saúde e condições gerais das populações foi constatada e explicitada na origem da medicina moderna. O movimento da medicina preventiva surgiu, entre 1920 e 1950, no Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, no contexto de crítica à medicina curativa. Este movimento propôs uma mudança da prática médica através da reforma do ensino médico, buscando uma prática com uma nova atitude, ressaltando a responsabilidade dos médicos com a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Carvalho, Klein e Soares (2005) acentuaram que vários estudos vêm demonstrando que o emprego de medidas preventivas para o envelhecimento foi responsável por importante economia nos gastos com saúde pública. As medidas preventivas adotadas em um determinado serviço de saúde devem ser contextualizadas com a realidade local, pois os idosos de países, regiões e cidades diferentes terão características também diferentes que devem ser consideradas. Além disso, os indivíduos incluídos na faixa etária estabelecida como de idosos constituem um grupo bastante heterogêneo; portanto, um conjunto de intervenções preventivas idênticas para todos os indivíduos de uma dada região também pode ser inadequado.

Os mesmos autores pontuaram que para os idosos, um controle médico periódico, a intervalos não superiores a seis meses, seria fundamental como medida de prevenção. Segundo os mesmos, o nível educacional, a situação socioeconômica e a facilidade de acesso aos serviços de saúde são fatores na determinação de um envelhecimento saudável.

Em estudo realizado em Bambuí, Minas Gerais, observou-se que uma amostra de 1.606 idosos tinha maior fecundidade, menor escolaridade, menor renda domiciliar, em relação à amostra de 909 pessoas de 18 a 59 anos. Neste estudo também se constatou um maior número de idosas e viúvas. Os indicadores de suporte social investigados mostraram uma importante rede de solidariedade entre gerações, verificada através da ajuda que o idoso recebe e presta à sua família. Todos os indicadores utilizados mostraram uma piora do estado de saúde com o aumento da idade, chamando atenção a grande proporção de hospitalização entre idosos e, em especial, entre os idosos mais velhos (LIMA-COSTA, GUERRA, FIRMO

e col. 2002).

No entanto, a hospitalização não é a situação da maioria dos idosos e ela sinaliza um desequilíbrio na manutenção da sua saúde. Em estudo brasileiro, um instrumento de triagem rápida foi aplicado em 360 idosos na recepção de ambulatório da rede pública, a fim de classificar quais deles estavam em risco de admissão hospitalar. Foi evidenciado que 75,8% das pessoas abordadas no estudo apresentavam baixo risco para hospitalização (VERAS, 2003).

Em estudo desenvolvido no município de Aparecida de Goiânia, Goiás, identificou-se que a maioria dos 111 idosos cadastrados por uma equipe da ESF era do sexo feminino, alfabetizada, com renda de dois salários mínimos, sofria de doenças cardiopulmonares e apresentava independência para executar as atividades da vida diária (ARAÚJO, NAKATANI, SILVA e col. 2003).

A medicina preventiva voltada para o envelhecimento, de acordo com Moriguchi (2002), foi uma estratégia de política de saúde adotada pelo Japão desde a década de sessenta e que resultou no aumento da expectativa de vida ao nascer dos japoneses. O Japão também lidera como o país com maior expectativa de vida saudável no mundo.

A prevenção do envelhecimento encontra-se dividida em três níveis: primário, secundário e terciário. Esta distinção em três níveis segue o modelo proposto por Leavell e Clark (1976), que estudaram a história natural da doença e seus níveis de prevenção. A prevenção primária constitui-se por medidas para impedir o aparecimento de uma condição mórbida ou uma alteração patológica. Já a prevenção secundária procura impedir ou retardar a progressão de um problema já existente e a prevenção terciária procura reduzir o desconforto, a incapacidade e a dependência causados por uma afecção (CARVALHO, 2005; LEAVELL & CLARK, 1976).

A prevenção primária deve ser iniciada desde a vida intra-uterina e seguida na infância, adolescência, fase adulta e mantida até idades bem avançadas, visto que tal prevenção engloba o controle e a adequação de variáveis relacionadas ao estilo de vida, como nutrição, atividades físicas, repouso, controle da obesidade, do estresse e do tabagismo, dentre outras.

A prevenção secundária encontra-se fundamentada no diagnóstico e tratamento precoce de disfunções e morbidades crônico-degenerativas. Uma das ações principais deste tipo de prevenção se faz na realização de revisões anuais – *check-up* –, que contribuem para o objetivo de detecção precoce de agravos seguida de tratamento adequado. A prevenção

terciária visa garantir a estabilização e a qualidade de vida possível dos pacientes já afetados por alguma doença.

Na manutenção da saúde do idoso, as três estratégias preventivas devem-se fazer cumulativas, ou seja, iniciando a prevenção primária desde o início da vida, adotando a prevenção secundária nas idades de risco e a terciária quando os idosos adoecem.

2.2 Atenção primária à saúde

A Atenção Primária se encontra fundamentada nos princípios da universalidade, coordenação do cuidado, acessibilidade, equidade, integralidade, humanização, vínculo, continuidade e participação social (STARFIELD, 2004).

A organização do sistema de serviços de saúde preconizada no Relatório de Dawson, de 1920, e utilizada também atualmente, possui três níveis: atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária deve ser o eixo da organização dos sistemas de saúde, a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção às pessoas no decorrer do tempo (MENDES, 2002).

Atenção primária constitui-se na atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Em 1992, Starfield definiu os princípios ordenadores da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária. Mendes (2002) reforça que somente haverá qualidade e eficácia na atenção primária quando esses seis princípios forem obedecidos.

Mendes (2002) destaca o rigoroso estudo realizado em 1994 por Starfield, comparando os sistemas de saúde em onze países desenvolvidos, que mostrou associação de

menor custo e maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos em sistemas de saúde orientados na atenção primária. Neste estudo, a autora sinaliza a importância da presença, na atenção primária, de médicos generalistas com salários correlatos aos especialistas e envolvidos em ações comunitárias.

Segundo Starfield (2004), o profissional médico mais adequado para atuação na atenção primária é o médico generalista. No Brasil, o número de médicos com esta formação ainda é muito inferior ao necessário para o número de 29.900 equipes da ESF (BRASIL, 2009). O médico da atenção primária tem a responsabilidade de enxergar a totalidade das ações deste nível de atenção e supervisionar todos os seus aspectos. Para tanto, este médico deve estar apto a exercer suas funções organizacionais e ter uma visão ampliada do cuidado integral à saúde.

Em estudo realizado em Santo Antônio de Jesus, Bahia, foram entrevistados 11 idosos usuários de quatro unidades de saúde da família. As representações sociais dos idosos sobre as ações educativas desenvolvidas pela equipe da ESF apontaram que estas estão focalizadas na doença, pautadas no modelo biomédico, não existindo uma sistematização dessas ações voltadas para o idoso. As ações foram caracterizadas como individuais, com ênfase em orientações prescritivas, autoritárias, acríticas, divergindo do que preconizam as teorias pedagógicas atuais (SANTOS, SERVO, 2006).

As doenças deveriam ser consideradas no contexto onde o paciente vive; portanto, a atenção à saúde eficaz não pode ficar limitada ao diagnóstico e tratamento. A ação de profissionais da saúde de diversas categorias torna-se mais necessária ainda. O cuidado à pessoa idosa deve ser responsabilizado e trabalhado em conjunto pela equipe multiprofissional de saúde, idoso e família. A atuação de uma equipe multiprofissional é fundamental para estabelecer ações relativas à promoção de saúde, prevenção de doenças, qualidade de vida e auto-estima do idoso (SANTOS-FILHO, MANOEL, SILVA, 2006).

A multiprofissionalidade é um exercício contínuo que supõe abertura a estratégias inovadoras. A experiência multiprofissional de ensino no núcleo de atenção ao idoso na Universidade Estadual do Rio de Janeiro representa uma contribuição à demanda social crescente de capacitação profissional em um modelo de atenção comprometido com princípios do SUS e com o cuidado integral (MOTTA, CALDAS, ASSIS, 2008).

Raramente as enfermidades ocorrem de forma isolada, principalmente quando se refere à pessoa idosa. O médico da atenção primária deve integrar a atenção para maior variedade de problemas encontrados na população em geral ao longo do tempo. O mesmo deve possuir maior capacidade de detecção dos agravos mais frequentes e suas intervenções

devem ser de cunho mais preventivo.

Em estudo realizado em João Neiva, Espírito Santo, foi aplicado um questionário a 103 idosos que utilizaram os serviços de duas unidades de saúde. Os fatores de risco observados mais importantes para a previsibilidade de agravos nos idosos entrevistados foram sexo masculino, faixa etária elevada, autopercepção negativa de saúde, e internação nos últimos 12 meses anteriores à entrevista (NEGRI, RUY, COLLODETTI e col., 2004).

A atenção primária envolve o manejo de pessoas, especialmente idosos, com múltiplos diagnósticos e queixas possivelmente confusas que não necessariamente são encaixadas em diagnósticos conhecidos. Muitos problemas desses pacientes não terão uma codificação padronizada de diagnósticos ou não apresentarão nenhuma alteração biológica demonstrável. Também é esperado que na atenção primária ocorram mais consultas de acompanhamento que consultas de primeira vez devido ao cuidado continuado à população; e que o médico tenha maior familiaridade tanto com o paciente quanto com os seus problemas e que seja capaz de manejar vários problemas de uma vez.

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de domicílio de 1998, o número de pessoas que consultou médico em 12 meses representava 48,9% da população entre 5 e 44 anos e 74,3% para as pessoas com idade a partir de 75 anos. Além disso, a média de consultas médicas por usuário era 3,3 por ano para o primeiro caso e 5,3 anuais para o segundo. Ponderada pelo total da população nestas faixas etárias, estes números registram respectivamente 1,6 e 3,9 consultas médicas por ano (KILSZTAJAN, ROSSBACH, CAMARA e col., 2002).

No decorrer do tempo, os problemas dos pacientes se modificam e poderão surgir outros problemas diferentes daqueles do início da doença que os fizeram procurar um serviço médico. Com o aumento da expectativa de vida, a complexidade do manejo das pessoas idosas na atenção primária também aumentará, pois uma maior sobrevivência pode resultar no aglomerado de diferentes tipos de agravos.

2.3 Avaliação multidimensional do idoso

A avaliação multidimensional do idoso tem por objetivo uma análise global com ênfase na funcionalidade. É por meio desta avaliação que se poderá fazer um balanço entre perdas e recursos para sua compensação. A falta de treinamento específico dos

profissionais de saúde para realizar adequadamente esse tipo de avaliação constitui um dos problemas percebidos nos serviços de saúde pública (MOTTA, AGUIAR, 2007).

A agenda prioritária da política pública brasileira deveria priorizar a manutenção da capacidade funcional dos idosos, com monitoramento das condições de saúde, ações preventivas e diferenciadas de saúde e de educação, cuidados qualificados e atenção multidimensional e integral (VERAS, 2009).

De acordo com *Joint Committe on Higher Medical Education* (2003), o geriatra é o especialista em avaliação geriátrica ampla e no manejo das síndromes geriátricas. Deve estar apto ao trabalho interdisciplinar e capacitado quanto à farmacologia e ao processo de envelhecimento fisiológico e patológico, além de atuar no cuidado do idoso fragilizado e dos que precisam de cuidados paliativos.

No Brasil, o crescente aumento da população idosa não vem sendo acompanhada proporcionalmente pelo aumento do número de geriatras. Muitos idosos brasileiros são acompanhados por médicos na atenção primária através da ESF (MOTTA, AGUIAR, 2007; PICCINI, FACCHINI, TOMASI e col. 2006).

Silvestre e Costa Neto (2003) destacam a importância da capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária em relação aos cuidados com idosos. Os autores sinalizaram como positivas as iniciativas voltadas à qualificação da atenção básica desencadeada pelo Ministério da Saúde em parceria com os gestores estaduais e municipais, tanto quanto como várias instituições de ensino superior.

Segundo Adams (2002), os médicos da atenção primária consideram difícil o manejo das situações de saúde e doenças da população idosa, enfatizando a complexidade médica e a vulnerabilidade dos idosos aos eventos como doenças crônicas ou suas apresentações atípicas, rápido declínio do estado geral, interações indesejáveis entre múltiplas medicações, risco de iatrogenia, presença de déficits cognitivos e sensoriais, além de destacar os desafios interpessoais da relação com idosos como dificuldades na comunicação e com o lidar com familiares. O autor também sinaliza problemas como o treinamento insuficiente dos profissionais, pagamentos inadequados e tempo reduzido para atendimento.

A efetividade na oferta de serviços de atenção básica e sua utilização por idosos foram abordados no estudo do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizado pela Universidade Federal de Pelotas, que incluiu 41 municípios dos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Foram estudadas 234 UBS's e 4.749 trabalhadores e 4.003 idosos. Os indicadores sociais tiveram pior comportamento na região Nordeste. A necessidade

de cuidados domiciliares regulares pelos idosos e a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) foram elevadas. O uso de protocolos para o cuidado domiciliar foi pouco frequente. A capacitação para o cuidado de HAS e DM foi identificada na metade dos trabalhadores. Metade dos portadores dessas enfermidades usou a UBS da área da ESF; praticamente todos usavam medicação, cerca da metade obtinha a medição na UBS e menos da metade participava das atividades de grupos desenvolvidas pela equipe da ESF. De acordo com o estudo, o desempenho do serviço de saúde do PSF foi melhor quando comparado ao modelo tradicional (PICCINI, FACCHINI, TOMASI e col. 2006).

Ramos e Gohman (1989) traduziram para o português uma proposta validada internacionalmente de avaliação multidimensional do idoso que deve ser usada na avaliação do idoso na atenção primária ou no acompanhamento por geriatras. Na avaliação multidimensional deve estar contida a quantificação das incapacidades e problemas de saúde psicossociais e funcionais do idoso, e assim pode-se favorecer um planejamento terapêutico em longo prazo.

Pacheco e Santos (2004) realizaram avaliação multidimensional de idosos em unidades de saúde da família em Pernambuco. Perceberam com o estudo a necessidade de atendimento sistemático ao idoso com utilização de formulário de avaliação global.

Em idosos é bastante comum a presença de sinais e sintomas resultantes de várias doenças, onde a insuficiência de um sistema pode levar a insuficiência de outros. Algumas doenças em idosos também costumam ter uma apresentação atípica em relação a indivíduos jovens e devido às alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento muitas doenças são desencadeadas mais facilmente.

Segundo roteiro de avaliação multidimensional do idoso (BRASIL, 2006a), faz-se necessária uma avaliação ampla dos antecedentes diagnósticos, principalmente no que se refere a doenças crônicas e que se mantêm ativas. Exemplos dessas patologias são: hipertensão arterial sistêmica, diabetes e suas complicações; déficits sensoriais, como visão e audição; déficits cognitivos, depressão e afecções osteoarticulares.

Outro ponto importantíssimo na avaliação do idoso refere-se às iatrogenias que podem ser de caráter passivo ou ativo. Será passivo quando alguma terapêutica não for aplicada ao idoso mesmo sendo necessária. E será ativa quando há uma excedente na terapêutica; tal fato vem tornando-se bastante comum em relação a uso de medicações. A investigação minuciosa das medicações em uso torna-se, portanto, essencial.

Questionamentos gerais, como mudanças do estado funcional no último ano, alterações de peso não intencionais, fadiga, mal estar, quedas, transtorno do sono, alterações miccionais ou intestinais, dores e problemas sexuais, devem ser questionados na investigação geral.

O estado nutricional deve ser avaliado de forma bastante simples através da medida do peso, estatura e circunferência abdominal, para a identificação do índice de massa corpórea e assim classificar em desnutrição, nutrição normal, sobrepeso, obesidade e obesidade central. O acompanhamento da medida da estatura pode demonstrar sua diminuição que decorre com o avançar da idade, mas também pode corresponder a compressão vertebral, perda do tônus muscular e alterações posturais. No sexo masculino observa-se com maior frequência certa redução do peso devido perda da massa muscular e redução da água corporal (BRASIL, 2006a).

Quanto à alimentação do idoso, deve-se investigar perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos, perda da capacidade olfativa, dificuldade para mastigar devido às lesões bucais ou uso de prótese dentária ou problemas digestivos que poderão influenciar na ingestão dos alimentos pelos idosos.

A acuidade visual no idoso apresenta frequentemente uma redução e deve ser sempre investigada. Alterações das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças da retina são bastante comuns nessa faixa etária. Cerca de 90% dos idosos necessitam de lentes corretivas. A investigação inicial deve se constituir pelo questionamento da dificuldade de ler, assistir a televisão, dirigir ou executar outra atividade cotidiana. Caso seja afirmativa a dificuldade, deve-se utilizar o Cartão de Jaeger para melhor avaliação da possível redução da visão (BRASIL, 2006a).

Cerca de um terço dos idosos queixa-se de redução da acuidade auditiva, porém muitos não percebem essa redução. A perda progressiva da capacidade de diferenciar sons de alta frequência, a presbiacusia, é uma das causas mais comuns da queixa por redução auditiva. Faz-se necessário uma investigação inicial através do “teste do sussurro”, além da otoscopia, para detecção de rolha de cerúmen ou alterações anatômicas que possam favorecer essa percepção de perda auditiva.

Cerca de 30% dos idosos não institucionalizados apresentam incontinência urinária e geralmente não referem durante uma consulta médica por vergonha ou por acharem ser normal na velhice. A incontinência terá repercussões emocionais e sociais; portanto, questionar sobre sua existência é tão importante.

Cerca de 74% dos idosos e 56% das idosas mantêm vida sexual ativa; identificar disfunções nesse campo pode ser indicativo de problemas psicológicos e fisiológicos. A investigação de doenças sexualmente transmissíveis também deve existir quando houver risco ou sintomatologia (Brasil, 2006a).

A situação vacinal dos idosos deve ser inquirida sistematicamente. A vacinação contra gripe – *influenza* – deve ser realizada anualmente durante o outono, na prevenção de complicações da infecção do trato respiratório, que, em pessoas mais vulneráveis como idosos institucionalizados ou portadores de doenças crônicas, pode se disseminar rapidamente e acarretar elevada morbimortalidade. Já a vacina anti-pneumocócica deve ser realizada após sessenta anos pelo menos uma vez na vida.

A avaliação cognitiva auxilia na identificação de alterações na saúde mental e influenciará no desempenho físico e social do idoso, que dependerá da integridade das suas funções cognitivas como memória, orientação no tempo e espaço, dentre outros. A perda da memória recente e habilidade de cálculo são indicadores da redução dessas funções. Uma avaliação inicial pode ser realizada através da repetição imediata e posteriormente – cerca de três minutos – após citar três objetos diferentes. Caso haja dificuldade na recordação, deve-se aplicar o mini exame do estado mental que é uma das escalas mais utilizadas para avaliar o estado cognitivo.

A depressão também se apresenta como um transtorno muito comum entre idosos, principalmente os institucionalizados e os do sexo feminino. Nesta fase da vida, os sinais e sintomas podem se apresentar de forma atípica; portanto, sua investigação deve ser cuidadosamente realizada. Algumas escalas padronizadas podem ajudar nesta identificação. A depressão pode afetar bastante a qualidade de vida do idoso.

Alterações na mobilidade e conseqüentemente o aparecimento de quedas podem ocorrer devido a disfunções motoras ou sensoriais e déficit cognitivo, que devem ser investigados através da observação da marcha, propensão a instabilidade postural e equilíbrio. O questionamento e detalhamento sobre ocorrência de quedas devem ser realizados e as orientações sobre prevenção devem ser priorizadas para os idosos que forem identificados com risco de caírem.

A avaliação funcional se faz extremamente necessária, pois identificará a capacidade do idoso em se manter ativo e desenvolvendo sua função. Pode ser realizada através do questionamento de atividades desempenhadas no dia-a-dia, que são divididas em dois grupos maiores. O primeiro grupo corresponde a atividades relacionadas ao auto-cuidado como banhar-se, vestir-se, deslocar-se, ir ao banheiro, alimentar-se e manter o controle sobre

a micção. O segundo grupo corresponde às atividades sociais, como utilizar meios de transportes, manipular medicamentos, fazer compras, utilizar telefones, preparar refeições, cuidar das próprias finanças. A capacidade de realizá-las representa sua independência e autonomia e perdê-las representa para os idosos o maior temor na velhice.

Na identificação de perda da autonomia ou tipos diferenciados de dependência, o suporte familiar ou social se faz necessário e o mesmo deve ser identificado durante a avaliação multidimensional principalmente para o planejamento assistencial do idoso. Doenças ou alterações ainda não diagnosticadas podem ser sugeridas pela presença de declínios funcionais. Através da avaliação multidimensional detalhada pode-se fazer um balanço entre perdas e recursos disponíveis para sua compensação.

Essa avaliação global do idoso pode ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional que quantifica as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais, de forma a estabelecer um planejamento terapêutico adequado (BRASIL, 2006a).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

2.4 Representações Sociais

2.4.1 Histórico da Teoria das Representações Sociais

A teoria das representações sociais tem aparecido com grande frequência em trabalhos de diversas áreas nos últimos tempos. O seu objetivo é explicar os fenômenos do homem de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade. O conceito das representações sociais tem raízes na sociologia, antropologia e na história das mentalidades.

A partir dos anos 60, com o aumento do interesse pelos fenômenos do domínio do simbólico, vemos florescer a preocupação com explicações para eles, as quais recorrem às noções de consciência e do imaginário. As noções de representação e memória social também fazem parte dessas tentativas de explicação (ARRUDA, 2002).

Émile Durkheim, em 1912, publicou “*The Elementary Forms of the Religious Life*” e apresentou pela primeira vez as representações coletivas como um conceito sociológico, fazendo oposição às concepções da psicologia e da lógica. O autor mostrou que não há nada no nível da percepção que seja independente da dimensão social (SÁ, 1993).

Essa postura teórica dimensiona uma realidade social rígida, que deixa pouco ou nenhum espaço para a criatividade no nível individual. O discurso, a semântica e a lógica no nível das representações sociais, aparecem como reflexos de uma realidade maior. Os indivíduos agem, pensam e se expressam, nesse esquema, como marionetes que incorporam e reproduzem percepções, valores e esquemas classificatórios que lhes são emprestados pela realidade social mais ampla (QUEIROZ, 2000).

Serge Moscovici, em 1976, publicou “*La Psychanalyse, son Image ET son Publique*” e refinou o conceito de representações sociais em um estudo sobre percepções sobre psicanálise e sociologia. A partir desta obra, mudou-se o termo de “coletivas” por “sociais”, na tentativa de enfatizar a possibilidade de idéias universais extrapolando uma dada sociedade cultural. O autor revelou a dimensão das associações humanas e a presença das idéias ou forças coletivas na sociedade, além de indicar a necessidade do estudo do impacto nos atos cotidianos (OLIVEIRA, 2004).

Moscovici criticou a falta de preocupação da psicologia cognitiva com as condições sociais de produção do conhecimento e estabeleceu uma dinâmica entre os níveis individuais e sociais. Assim, o seu conceito de representações sociais foi teorizado na psicologia social e tornou-se mais dinâmico, maleável e operacional do que na sociologia de Durkheim. A teoria das representações sociais passou a influenciar muitos pesquisadores tanto na Europa como nas Américas.

Ao invés de mero reflexo de uma estrutura social mais ampla, este conceito traduz um sistema cognitivo que, ao ordenar o real, dá significado ao relacionamento social e permite a comunicação entre membros de uma comunidade (QUEIROZ, 2000).

Moscovici, em 2000, publicou “*Social representations: explorations in social psychology*” e mostrou que o pensamento científico era da mesma natureza dos pensamentos primitivos e senso comum e inferiu que essas práticas mentais têm origem na sociedade e, assim, eram consideradas categorias sociais de pensamento. Moscovisi pretendia descobrir em atos psíquicos ou francamente individuais suas origens sociais (OLIVEIRA, 2004).

Outros autores também contribuíram na elaboração desse conceito bastante trabalhado em estudos sobre saúde e doença. Por exemplo, Claudine Herzlich, em 1973, publicou “*Health and Illness – Social Psychological Analysis*” e estudou a percepção de saúde e doença de uma população de classe média de Paris. Nesse estudo, a visão de mundo cotidiano e senso comum foram abordados e as representações sociais dos entrevistados transpareceram tanto o sentido como estratégias de ação (SÁ, 1993).

Schutz, em 1973, também contribuiu na delimitação teórica do conceito das representações sociais, focalizando a subjetividade a partir da experiência cotidiana dos indivíduos e, assim, construindo a realidade.

O estudo da representação social, nesse sentido, necessita de uma abordagem compreensiva, que percebe o ator social como um agente que interpreta o mundo à sua volta com uma atitude que contém intenções e, portanto, um projeto de ação (QUEIROZ, 2000).

A definição de representações sociais como um tipo de saber a partir dos enfoques de Moscovici, em 1976, e de Schutz, em 1973, se consolidou como conhecimentos culturalmente carregados que adquirem sentido e significado pleno no contexto em que se manifesta. As representações sociais, portanto, encontram-se contidas no senso comum e na

dimensão cotidiana que permitem ao indivíduo uma visão de mundo e o orientam nas ações que desenvolve em seu meio social (OLIVEIRA, 2004).

Denise Jodelet aprofundou a teorização das representações sociais, definindo ser uma forma de conhecimento elaborada e compartilhada para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (SÁ, 2004).

2.4.2 Teoria das Representações Sociais

As representações sociais foram abordadas no estudo como modalidade de conhecimento que tem por função a elaboração de comportamentos e comunicação entre os indivíduos. Segundo Jodelet (1988), a noção de representação social se constituiu na maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana como uma forma de conhecimento social, constituindo assim um saber prático.

Conforme Jodelet (2001), as representações sociais poderiam ser entendidas como formas de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente e que contribuíam para a construção de uma realidade comum, possibilitando a compreensão e a comunicação do sujeito no mundo.

Sendo assim, compreende-se que as representações sociais estão vinculadas a valores, noções e práticas individuais que orientam as condutas no cotidiano das relações sociais e se manifestam através de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões. É um conhecimento do "senso comum", socialmente construído e compartilhado, diferente do conhecimento científico, que é reificado e fundamentalmente cognitivo (GUARESCHI, 2000).

Qualquer pessoa, incluindo os profissionais de saúde, encontra-se sempre reatualizando hábitos, modos de vida e sensibilidades herdadas do passado presente, de acordo com os significados históricos e culturalmente construídos e, assim, são elaboradas as representações sociais de um determinado tema.

As representações sociais são ao mesmo tempo individuais e sociais. As respostas individuais são reflexos das manifestações do grupo social com o qual o sujeito compartilha experiências e vivências da sua vida pessoal, e os pronunciamentos semelhantes revelam certo nível de generalização, uma forma de pensar coletiva sobre um mesmo assunto. Isto denota o dinamismo das representações sociais e sua potencialidade para criar e transformar a realidade social (OLIVEIRA, PAIVA, VALENTE, 2006).

Experiências coletivas e práticas sociais que se modificam para servir à vida cotidiana influenciam as representações sociais e podem também ser entendidas como noções e modos de pensamento que são construídos na trajetória da vida dos sujeitos.

As representações sociais são produzidas pelas interações e comunicações no interior dos grupos sociais, refletindo a situação dos indivíduos quanto aos aspectos do seu cotidiano. Uma das funções das representações sociais relaciona-se com a tentativa de representar uma realidade pouco conhecida a partir do que se sabe dela (VELOZ, SCHULZE, CAMARGO, 1999).

Existem dois aspectos indissociáveis nas representações sociais: o figurativo e o significante. Segundo Moscovici (apud VELOZ, SCHULZE, CAMARGO, 1999), a figura não se refere a um reflexo ou uma reprodução da realidade, e constitui-se na expressão do sujeito. Através do ponto de vista do estudo das representações sociais, noções abstratas, como loucura, saúde, envelhecimento são transformadas em elementos visíveis na vida cotidiana. Então as palavras que representam um assunto ou as frações que melhor descrevem por imagens constituem os núcleos figurativos.

Do ponto de vista da dinâmica da familiarização, as representações sociais envolvem dois processos: a objetivação e a ancoragem. A objetivação envolve operações simbólicas, dando forma ao conhecimento da realidade, que é o objeto das representações. Assim, as idéias abstratas transformam-se em imagens concretas, através do reagrupamento de idéias e imagens focadas no mesmo assunto.

A ancoragem fundamenta-se na classificação, nomeação e integração do não familiar àquilo que já faz parte da nossa compreensão de mundo. Assim, a ancoragem enfoca a assimilação das imagens criadas pela objetivação, sendo que essas novas imagens juntam-se às anteriores, nascendo, portanto, novos conceitos.

A produção de esquemas figurativos e a ancoragem estão inscritos na conversa, no uso das palavras e naquilo que elas representam: seus referentes. As palavras e a estruturação que elas têm entre si, na compreensão dos estudados, são indicadores das representações, já que exprimem o senso comum.

Moscovici (apud QUEIROZ, 2000) define conhecimento consensual como aquele constituído a partir de nossas experiências e informações que recebemos e transmitimos através das tradições, da educação e da comunicação social entre grupos. Nessa perspectiva, cada indivíduo é um pensador amador e um emissor de opiniões e de pontos de vista baseado nas conversações diárias e, assim, todos têm os mesmos direitos de criar e de transmitir representações sociais.

Como o presente estudo tratou de profissionais que teoricamente compreendem sua prática profissional, ao lado da influência do conhecimento prático, do senso comum, que formam uma concepção de vida e orientam suas ações individuais, as representações sociais apareceram como instâncias privilegiadas de investigação científica, uma vez que elas incluíam ingredientes fundamentais do pensamento e da vida social dos entrevistados. Ao estudar as representações sociais de dados sujeitos, busca-se a coerência deles com o universo vivido e experimentado.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Para alcançar o objetivo proposto, foi utilizada abordagem qualitativa. Esta abordagem visou apreender a concepção dos médicos da atenção primária de Juazeiro do Norte. O método qualitativo coloca o sujeito e o objeto em interação, tornando-se assim parte da investigação. Nesse espaço, qualquer proposta metodológica fechada poderia prejudicar os resultados (MINAYO, 2002). O método deve estar inserido em um processo de negociação perene com a realidade estudada; assim o pesquisador adotou uma postura maleável, sendo capaz de adaptar o método a cada momento da investigação. Exigiu-se, portanto, do pesquisador, uma abertura emocional e intuitiva para a realização do estudo.

O referencial teórico adotado foi a Teoria das Representações Sociais, que se constitui num conjunto de conceitos, afirmações e explorações originadas no decurso do cotidiano, das comunicações interindividuais equivalentes às crenças e mitos das sociedades tradicionais; elas podem ser vistas como uma versão contemporânea de senso comum.

4.2 Sujeitos

Foram entrevistados doze médicos das equipes de Saúde da Família de Juazeiro do Norte, que aceitaram participar do estudo. Para três entrevistados, foram necessários dois encontros para complementação da entrevista. Duas entrevistas foram desconsideradas, pois o tempo da primeira delas foi bastante breve e não se conseguiu marcar um novo encontro com os entrevistados em questão. Cada entrevistado foi identificado por um número. Ao final das dez entrevistas, o objetivo do estudo foi alcançado. O universo pesquisado constituiu-se de 58 equipes da ESF que deveriam conter 58 médicos.

4.3 Instrumentos e coleta de dados

Para a obtenção dos dados, foram utilizados dois instrumentos: formulário e

roteiro de entrevista semi-estruturado elaborados pela pesquisadora (Apêndices I e II).

O formulário incluiu perguntas relativas à caracterização dos sujeitos estudados a fim de delinear o perfil dos mesmos. As variáveis utilizadas foram: sexo, idade, tempo de atuação na ESF, tempo de formação, especializações e cursos em Geriatria ou Gerontologia. Uma segunda parte do formulário buscou caracterizar as ações do serviço no atendimento ao idoso na ESF, considerando os turnos de atendimento, preferências do profissional em relação ao tipo de idoso a ser atendido, visita domiciliar e quantidade de idosos na área adstrita.

O roteiro de entrevista continha oito perguntas abertas, que tratavam dos problemas mais comuns dos idosos em Juazeiro do Norte, as possibilidades de melhorias na saúde do idoso na comunidade, a capacitação do médico entrevistado para atuar na atenção ao idoso e a avaliação multidimensional do idoso. Durante a entrevista, outras perguntas surgiram para complementar o assunto abordado.

Segundo Lakatos e Marconi (1994), a entrevista é considerada no meio científico como instrumento que oferece algumas vantagens, como maior flexibilidade para esclarecer as perguntas ou formulá-las de uma maneira diferente – garantindo, assim, a compreensão do entrevistado sobre as mesmas –, maior oportunidade para observar as reações do sujeito durante sua realização e uma maior precisão nas informações; e, assim, as discordâncias podem ser comprovadas imediatamente.

4.4 Pré-teste

Após elaboração dos instrumentos da pesquisa, foi realizado um pré-teste para validação dos mesmos. O pré-teste constituiu-se na aplicação prévia dos instrumentos aos indivíduos pertencentes ao grupo que se pretendia estudar (GIL, 2002). Para tanto foram escolhidos dois médicos para participarem dessa etapa. Onde foram percebidos falhas e acertos dos instrumentos. Esta etapa esteve centrada na avaliação dos instrumentos elaborados, visando garantir que eles pudessem contribuir para o alcance dos objetivos do estudo.

4.5 Análise dos dados

As entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas pela pesquisadora. Durante a coleta das entrevistas, já se iniciou o processo de análise das falas. Em seguida, foram identificados aspectos comuns ou relacionados entre si das falas e assim foram estabelecidas categorias das respostas para facilitar a interpretação dos dados.

4.6 Aspectos éticos

Foram respeitadas as exigências das Diretrizes e Normas de Pesquisas em seres humanos, apresentadas na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. A execução da pesquisa somente foi iniciada após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

Os entrevistados deste estudo são profissionais da mesma categoria da pesquisadora. Antecipando a entrevista, houve foi esclarecimento sobre o compromisso do estudo com o anonimato dos entrevistados. Durante a gravação, os nomes dos médicos estudados não foram citados, sendo então os mesmos identificados por números. As entrevistas somente foram realizadas após assinatura dos pesquisados consentindo sua participação, depois dos devidos esclarecimentos. Para preservar o sigilo das informações colhidas, as entrevista foram antecipadamente marcadas em lugar onde não houvesse a interferência de outros e em horários de maior disponibilidade dos entrevistados.

O estudo tem o compromisso de devolver à comunidade envolvida os resultados obtidos e pretende-se que esse estudo deva ser utilizado para futuras melhorias no serviço de atenção a saúde do idoso em Juazeiro do Norte.

TRABALHO DE CAMPO

Com a lista dos médicos vinculados à ESF da Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte em mão, contendo 32 homens e 26 mulheres, fui buscar os futuros entrevistados. Não fiz sorteio, nem seleção dos mais ou menos conhecidos; fui simplesmente seguindo uma sequência aleatória.

Na lista dos médicos, cedida pela secretaria de saúde, constavam um número de telefone de contato e o endereço do posto onde os médicos trabalhavam. Alguns números não atenderam. Alguns médicos da lista não mais se encontravam trabalhando na ESF. Boa parte dos endereços dos postos eu não conhecia. Antes de visitar os postos pela primeira vez, tive de pesquisar na internet para localizar melhor o local.

Por muitas vezes, tentei negociar a realização da entrevista nas residências dos entrevistados, porém somente três deles aceitaram assim. Um deles marcou comigo em sua casa, mas no horário combinado, ele não atendeu meu telefonema e, assim, posteriormente realizamos a entrevista no posto de saúde, como ele preferiu.

Somente uma vez fui até o hospital onde uma entrevistada estava de plantão. Não foi uma boa experiência, pois por duas ocasiões durante a mesma entrevista, fomos interrompidas e, numa dessas interrupções, a médica teve de ir ao centro cirúrgico resolver uma pendência do plantão.

Também tive de fazer adaptações no meu horário de trabalho para conseguir realizar algumas entrevistas. Quando eles marcavam a entrevista às 10h da manhã ou às 16h, a situação para mim era constrangedora, pois para eles já se constituía o final do seu expediente, enquanto ainda era pico dos meus atendimentos na minha unidade de saúde.

Ao abordar os entrevistados, percebi que alguns ouviam minhas explicações sobre a pesquisa com certa desconfiança. Com outros tive de insistir e logo, com um pouco mais de diálogo, fui conquistando suas participações. Já para outros, seu aceite em participar foi imediata e então o encontro para a entrevista era marcado.

A abordagem inicial ora se deu em encontros pessoalmente em reuniões promovidas pela secretaria de saúde, ora no posto de saúde onde o entrevistado trabalhava e, na maior parte das vezes, fiz ligações telefônicas para iniciar a conquista de mais um participante.

Antes de falar das concepções dos médicos encontradas no estudo, vou discorrer sobre o cenário vivenciado por nós. A ESF da secretaria de saúde do município de Juazeiro do Norte possui algumas peculiaridades que provavelmente interferem na concepção dos seus médicos contratados. Há mais de dois anos, as capacitações e atualizações aos profissionais de saúde vêm acontecendo muito raramente, e existindo ênfase bastante desigual entre os assuntos abordados. Nunca houve capacitação para os profissionais de saúde da ESF específica para Saúde do Idoso.

Não existe pagamento diferenciado ou plano de cargo e carreira para os profissionais; portanto, um médico anestesista que trabalha na ESF de Juazeiro do Norte vai receber o mesmo valor que um médico com residência em Medicina de Família e Comunidade ou com Especializações em Saúde Coletiva ou áreas afins. Não há nenhum tipo de incentivo à capacitação profissional. Os salários pagos aos médicos da ESF de Juazeiro do Norte estão bastante baixos em comparação aos valores pagos em municípios próximos ou vizinhos. Nestes municípios, os profissionais de saúde da ESF possuem um turno livre semanal, enquanto em Juazeiro do Norte não há esse tipo de liberação oficial.

Geralmente há vagas ociosas para médicos em Juazeiro do Norte. Em agosto de 2009, houve mais um concurso para preenchimento das vagas para médicos na ESF local, enquanto para enfermagem todas as vagas já estavam totalmente preenchidas desde concurso de 2005.

Desde julho de 2009, a gestão de saúde local recomenda o atendimento de 20 pessoas por turno médico dentro da ESF. Esta recomendação traz uma conotação de priorização da quantidade em detrimento à qualidade.

Quadro 1. Características gerais dos médicos entrevistados.

	Sexo	Idade	Faixa etária	Ano formatura	Tempo PSF	PSF atual	Especialidade	Residência	Especialização	Geriatria: graduação	Curso de Geriatria
01	M		30- 39	1998	6 anos	20 dias	-	-	-	-	-
02	M	72	70-79	1963	9 anos	3 anos	Cirurgia	-	Cirurgia	Sim	-
03	F	58	50-59	1978	14 anos	1 mês	-	-	Medicina de Família	-	Sim
04	F		40-49	1988	8 anos	8 anos	Pediatria	Sim	Saúde da Família	-	-
05	M	56	50-59	1977	12 anos	6 meses	Pediatria	-	Medicina de Família	-	-
06	F		30-39	1995	4 meses	4 meses	Ginecologia	Sim	Ultrasonogra- fista	-	-
07	M		40-49	1996	1 ano e meio	1 ano e meio	Urologista	Sim	Urologia	-	-
08	F		60-69	1973	10 anos	5 a 10 anos	Pneumologista	-	Saúde da Família	-	-
09	F	30	30-39	2006	3 anos	2 anos	-	-	-	-	-
10	M	69	60-69	1963	10 anos	1 a 3 anos	Radiologia	-	Cardiologia	-	-

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Características dos sujeitos (Quadro 1.)

Atualmente, existem 58 equipes da ESF em Juazeiro do Norte. Foram entrevistados dez médicos – cinco homens e cinco mulheres – com idades que variaram de 30 a 72 anos – cinco dos entrevistados informaram sua idade cronológica, os outros cinco somente disseram a faixa etária na qual se encontravam. O fato de não dizer sua idade demonstra a representação social do preconceito em revelar o tempo de anos vividos, pois faz associação negativa ao envelhecimento.

O tempo de atuação na ESF variou de 4 meses a 14 anos. Cinco dos entrevistados informaram ter menos de seis meses na equipe da ESF atual. Esta informação pode estar relacionada à baixa permanência de alguns profissionais médicos na mesma equipe da ESF de Juazeiro do Norte. Apenas três dos entrevistados permaneceram na mesma equipe desde que iniciaram suas atividades na atenção primária.

Apesar da estratégia já ter completado 15 anos no município, ainda há grande mobilidade desses profissionais nas diferentes equipes da ESF. Por exemplo, o profissional entrevistado que tinha maior experiência na estratégia, isto é, 14 anos, encontrava-se na equipe no momento da primeira entrevista apenas há um mês. No segundo momento, cinco meses depois do primeiro encontro, a médica entrevistada já se encontrava locado em outra unidade de saúde, agora mais perto de sua casa. Não existe, portanto um compromisso de continuidade desse profissional com a equipe da ESF a qual estava vinculada.

As especialidades médicas dos entrevistados foram também bastante variadas; dentre elas, pneumologia, ginecologia, urologia, pediatria, radiologia, cirurgia e clínica médica. Somente três deles tiveram formação em residência médica e quatro fizeram especialização em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade. Apenas um informou ter na graduação a disciplina de Geriatria e outro relatou ter realizado curso de Geriatria ou Gerontologia após a graduação.

As características gerais dos entrevistados demonstraram variedade de sexo, idade, tempo de atuação na ESF e especialidade dos entrevistados. Qualquer médico pode trabalhar na ESF em Juazeiro do Norte, independente de estarem capacitados para esta função ou não.

5.2 Categorias do estudo

Foram encontradas oito categorias que indicaram as características das concepções dos entrevistados sobre atenção à saúde do idoso. A terceira categoria foi dividida em quatro subcategorias.

- 5.2.1. Razão em trabalhar na ESF
- 5.2.2. Conhecimento sobre dados da Saúde do Idoso na ESF
- 5.2.3. Atividades com idosos na ESF
 - 5.2.3.1 Atividades coletivas
 - 5.2.3.2 Visita domiciliar
 - 5.2.3.3 Ações de promoção à saúde
 - 5.2.3.4 Consulta ambulatorial
- 5.2.4. Principais problemas dos idosos em Juazeiro do Norte
- 5.2.5. Condutas dos médicos na Saúde do Idoso na ESF
- 5.2.6. Avaliação das ações na Saúde do Idoso na ESF
- 5.2.7. Considerações sobre trabalho interdisciplinar
- 5.2.8. Considerações sobre velhice

5.2.1 Razão de trabalhar na ESF

Existe um número crescente de vagas para médicos na ESF no Brasil, pois as metas para implantação de novas equipes são também crescentes. Três entrevistados demonstraram que estavam trabalhando na ESF não por uma escolha inicial, mas por ser a opção que restou.

Não vou dizer que é por opção, né? (3)

Devido àquele problema da previdência que quebrou e teve que resolver o problema da previdência que faltou dinheiro e os hospitais foram fechando, então o hospital que eu trabalhava ele praticamente foi a ruína, ele acabou. Então, eu comecei a arrumar outro tipo de trabalho e o que apareceu na época foi o saúde da família, entendeu? (5)

Como a oferta de emprego para médicos encontra-se constantemente aberta na atenção primária em Juazeiro do Norte e a procura é bem menor que essa oferta, geralmente há vagas para médicos nesse setor. Conseqüentemente não há seleção primando uma capacitação profissional. Qualquer médico pode trabalhar na ESF em questão.

No Juazeiro como sempre precisando de médico. (9)

Eu vim mais para melhorar o salário, mas depois eu fui gostando. (8)

O concurso público seria a forma mais correta da entrada do médico na ESF. No entanto, mesmo após dois concursos públicos no intervalo de quatro anos, as vagas para médicos ainda não foram totalmente ocupadas. Para o médico 7, o concurso público foi a razão de sua entrada na ESF:

Foi o concurso. Teve o concurso, né? Eu passei. Como é um concurso público, foi mais pelo vínculo público, um concurso público. (7)

Médicos que já atuaram em outras especialidades, passaram também a atuar na ESF como forma de complemento de suas ações médicas:

Eu atendo Pediatria e só a pediatria não estava sendo suficiente para mim, resolvi inventar esse desafio de fazer saúde da família. (4)

Então comecei a trabalhar na saúde da família, mas continuo trabalhando na pediatria, mas como acabou os hospitais que foi aquela crise da previdência veio e atingiu os hospitais que fecharam e eu comecei a trabalhar na medicina de família. (5)

Eu trabalhei vinte e cinco anos no INAMPS, no antigo INAMPS e resolvi pedi minha aposentadoria proporcional, porque nem tinha nenhum incentivo lá pra melhorar, nada de cursos. E o programa de saúde da família oferecia muitos cursos de atualização e eu estava precisando realmente fazer atualização e aí eu resolvi entrar na aposentadoria lá e entrar no saúde da família. (8)

Eu nunca trabalhei em PSF, trabalhei sempre na ginecologia e fazia um pouco de geral, onde eu trabalhava. (6)

Já outros médicos, que não conseguiam mais atuar em setores onde atuavam outrora devido às suas limitações físicas, passaram também a trabalhar na atenção primária:

Ajuda a gente se manter em atividade. (10)

Quando eu tinha um problema de vista, eu sou diabético, eu tinha uma retinopatia diabética, aí eu fiquei assim praticamente parado eu trabalhava porque minha esposa me levava lá, eu trabalhava só no PSF mesmo, eu não trabalhava mais em canto nenhum. (5)

As razões para atuarem na ESF perpassam pela dimensão histórica das políticas de saúde, da reorganização da atenção e dos serviços de saúde, mas os médicos não demonstraram em suas representações sociais, uma maior leitura em torno disso, pois as representações são construídas coletivamente e o que entra no discurso é a crise do hospital e não do sistema de saúde. As outras motivações em trabalhar na ESF estavam relacionadas com o retorno financeiro e a incapacidade em trabalhar em outros setores. Em dois depoimentos observou-se uma sensação de dever público:

Eu tô trabalhando no PSF, porque eu acho que é uma maneira de eu prestar serviço à comunidade. (2)

Eu trato diretamente com a classe mais baixa e já que eu me formei numa universidade federal que é mantida por custos públicos, assim eu estou prestando assistência, através da rede SUS que dá atenção a essa população de baixa renda do setor público. (1)

5.2.2 Conhecimento sobre dados da saúde do idoso na ESF

Nenhum dos entrevistados soube informar o número de idosos na área adstrita a sua ESF de atuação; apenas um sugeriu que a porcentagem de idosos seria de 15% da população. Atualmente, em Juazeiro do Norte, os idosos representam 8,9% da população

geral (IBGE, 2007) e em alguns bairros pode haver uma concentração maior dessa faixa etária.

Quatro dos entrevistados informaram não saber se o número de idosos da sua área de adstrição era disponibilizado por sua equipe da ESF. Os dados demográficos, dentre eles quanto à distribuição nas faixas etárias, são obrigatórios para todas as equipes da ESF.

O processo de cadastramento das pessoas de um dado território vinculado à ESF é realizado pelos agentes de saúde por coleta direta de informações da população, utilizando para tanto a Ficha A, padronizada pelo Ministério da Saúde (Andrade, Barreto e Fonseca, 2004). Porém, nem todos os profissionais de saúde sabem dessa obrigatoriedade ou mesmo usufruem dessas informações para planejamento das ações individuais ou em equipe na ESF.

Os profissionais não sabem informar o número dos idosos, pois não sabem que esse dado influencia no planejamento de suas ações. Será que existe planejamento na ESF onde trabalham? Será que eles receberam capacitação, treinamento para atuarem na organização do serviço da ESF? Os médicos não se apropriam daquilo que desconhecem ou que não representa algo para ele.

5.2.3. Atividades com idosos na ESF

5.2.3.1 Atividades coletivas

Segundo Tavares (2004), as práticas coletivas são essenciais na atenção primária à saúde. Nas atividades coletivas, a comunidade ou grupo específico desta comunidade deve ter acesso de forma clara e em linguagem acessível, atrativa, não técnica aos repasses de informações relacionadas aos temas e aos problemas que interferem com a saúde.

As equipes da ESF devem desenvolver atividades coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças nos diversos grupos identificados na comunidade. A ESF, portanto, além de realizar consultas ambulatoriais e visitas domiciliares, deve também manter atividades coletivas com grupos; por exemplo, grupo de gestantes, hipertensos, diabéticos, adolescentes e idosos (TAVARES, 2004).

Relatos da participação dos entrevistados em atividades coletivas com idosos foram citados por três dos entrevistados:

Lá em Nova Olinda tinha o dia do idoso. Quando eu trabalhava no PSF em Nova Olinda, tinha o dia do idoso. Então nesse dia do idoso, todos os idosos do município iam pra lá a gente era liberado e ficava lá com eles e eles iam contar os problemas deles pra gente e a gente ficava comentando aí depois tinha o forró. (riso...) Aí eles dançavam. Agora aqui por enquanto não. (5)

Aí eu falei, então porque a gente não faz um café da manhã. Vamos ver se a gente consegue um lugar. Aí a gente fala da importância da vacina. Cada um leva alguma coisa para lá. Menina, não é que o negócio deu certo. (6)

Nós temos uma atividade por ano voltada para os idosos, de convivência. A gente abre o posto para uma festinha só de convivência, de animação para motivar os idosos a virem freqüentar o posto. Vem acontecendo todo o ano. Esse ano ainda não, mas antes do Natal a gente vai tá fazendo. (8)

Os três relatos mostraram que as atividades coletivas não eram frequentes. O médico 5 relatou experiência vivenciada em outro município onde trabalhou. A médica 6 relatou experiência recente sobre a dificuldade de adesão dos idosos na campanha de vacinação anual. E a médica 8 relatou evento anual de confraternização do seu posto para os idosos da sua comunidade.

Houve também o relato pelo médico 2, que citou a atividade de grupo de idosos realizado pelo educador físico, mas o entrevistado não sabia informar maiores detalhes desta atividade:

Temos também grupo de educação física com idosos. (2)

O que seria atividade coletiva para estes médicos? A própria dinâmica do trabalho em equipe na ESF representa uma atividade coletiva, mas o médico não sabe direito o que o educador físico faz. Ele não participa e não se interessa em participar. A representação social realmente reverbera o que é desconhecido sobre os princípios, diretrizes organizacionais da atenção primária, o que não foi apreendido ou exigido pela secretaria de saúde. O médico não pode perceber a importância das ações coletivas com idosos, pois ele nem mesmo se percebe dentro de uma equipe, por isso não participa dessas atividades coletivas.

5.2.3.2 Visita domiciliar

A visita domiciliar é uma atividade de destaque na ESF, pois constitui um excelente instrumento de acompanhamento de pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção, que não teriam outra forma de avaliação dos cuidados pela equipe de saúde (Tavares, 2004). Em dois relatos percebe-se que a maioria das visitas domiciliares dos médicos é destinada aos idosos:

(...) apesar de que a gente não só visitar o idoso. Nós visitamos puérperas, mas o nosso maior número é de visita a idosos. Até porque eles necessitam mais, podem estar acamados, ou com alguma dificuldade de locomoção. (6)

Raramente eu visito uma pessoa abaixo de sessenta anos. Raramente. A não ser que sejam paciente com deficiência física, né? Ou deficiente mental ou alguma coisa assim. Sempre dando preferência aos idosos. (9)

Todos relataram realizar visita domiciliar a idosos e dois deles se queixaram das dificuldades com o transporte fornecido pela secretaria de saúde para efetivação desse tipo de atividade:

Faço quando o carro vem, até dois meses atrás estava vindo direitinho, mas há dois meses não está, não estava vindo. Quando tem algo muito sério, eu vou no meu carro. (7)

Às vezes não tem um carro pra levar. (5)

A visita domiciliar é uma grande oportunidade para o profissional de saúde entrar em contato direto com a realidade do paciente e assim poder perceber os fatores em suas casas que influenciam na saúde e nas doenças deles.

A gente sempre ta trabalhando com idoso no sentido daquelas enfermidades que incapacitam e que são necessárias visitas domiciliares como Alzheimer e próprias seqüelas dessas doenças que já citei hipertensão e diabetes mellitus. (1)

Até hoje eu não tive problema nenhum quanto a visita domiciliar. Eles sempre me recebem bem, eu tenho uma penetração ótima na casa deles. (8)

5.2.3.3 Ações de promoção à saúde

Segundo Andrade, Barreto e Fonseca (2004), promoção de saúde constitui-se em um conjunto de ações sobre os determinantes de saúde com objetivo de criar condições favoráveis a modos de vida saudável. Destaca-se em falas de quatro entrevistados a importância da educação e do diálogo com idosos e famílias para a troca de informações e, assim, promover ambientes saudáveis:

O que a gente mais tenta fazer aqui no posto, em todos os que eu trabalhei, sempre foi investir em educação dos pacientes. Ensinar mesmo. (9)

(...) em relação à população, educar mais, ter programas mais educativos, para as famílias, para as pessoas que cuidam, pra saber da importância do idoso como ser humano, como pessoa vulnerável, carente, né? Que não tem assim muitas perspectivas e que precisa demais de apoio. Ai nesse sentido, precisa ser uma coisa mais geral porque o problema é grande e são solucionáveis, não é nenhuma coisa de outro mundo. São coisas simples. (4)

Eu acho que mereceria mais atenção e mais tempo para os idosos para que pudesse animar, né? Dialogar mais, fazer uma medicina mais preventiva, da diabetes, da hipertensão, da obesidade, do sedentarismo. (2)

Eu oriento. Oriento, tento orientar de uma maneira global o que o idoso tem que fazer pra ele ter uma melhor qualidade de vida, não pra ele existir, mas pra ele viver. E eu tento, eu dentro da unidade eu tento formalizar cada um eu oriento. Você vai seguir por esse caminho. Você vai procurar os bombeiros daqui da localidade, você vai procurar o grupo de idosos. Você vai ver onde tem um forró pra idosos. Então eu tento jogar o meu idoso na vida. Eu tento fazer isso. (3)

Percebe-se nas falas de dois entrevistados, a preocupação quanto à orientação de dietas para uma vida mais saudável:

E muitas vezes, o idoso tem essas doenças crônicas que eu já falei, eu gosto de me reunir separadamente com eles para orientar dietas, né, a serem seguidas, e mudanças de hábitos de vida como a atividade física para aqueles que ainda podem usufruir dessa capacidade. (1)

Ele tava com dislipidemia eu pedi os exames e aí eu fui perguntar como era que ele comia. Aí, meu deus do céu! Não precisa colocar óleo no feijão, coloque somente as verduras. Eu ia dizendo faça a carne assim. Grelhado ou assada. Depois quando passou um mês e ele voltou, foi muito engraçado, ele chegou e entrou tão alegre e disse: doutora foi a coisa melhor do mundo, eu ter vindo me consultar com a senhora. Porque seu fulano? Porque agora na minha casa eu gastava oito latas de óleo por mês, agora eu só gasto quatro. (9)

É feito um paciente que eu disse: evite sal. Aí tudo bem ele não colocava muito sal na comida, mas também tem Sason, Kinor... enchia de vinagre. Aí eu explico: o senhor pode comer carne vermelha. E pode? mas doutora eu sou hipertenso. Pode, mas tem que ser aquela com menos gordura, aquela que é magra. Sem gordura e tudo mais. Aí eu explico, eu mando fazer um tempero natural. Aí elas fazem. Não Dra. aí eu não estou comendo mais carne gorda, eu estou comendo a carne magra, eu só como a carne de lata (risos). (9)

A médica 3 relata sua experiência sobre repasse de informações sobre plantas medicinais:

Eu sempre oriento pra eles o chá de salsa, salsinha. Eu oriento pra eles, pra eles tomarem a semente de, como é o nome? Semente de... esqueci agora. Semente de linhaça. Eu oriento o chá de salsinha, eu oriento pra eles tomarem água da casca de chuchu. Isso vai uma orientação vasta, desde a higienização do chuchu até eles chegarem na infusão da casca porque eu leio bastante sobre isso aí, por que eu gosto. Eu também gosto dos sucos, eu chego na semente da linhaça também os sucos, os sucos de folhas de couve de tala de couve. O que eles têm em casa, o que eles têm acesso que é muito barato e que serve pra saúde deles. Eu oriento. E isso é que eu faço pra mim mesma. (3)

A importância das práticas de exercícios físicos pelos idosos foi citada pelos médicos 1, 2, 3, 5, 8 e 10 e como experiência pessoal por quatro entrevistados.

Seria legal também que a prefeitura trabalhasse nos bairros, fazendo com que houvesse áreas para o desempenho dessas atividades físicas, que atividades físicas fosse desempenhada dentro do local de trabalho do PSF que é tão, tão limitado. (1)

Não, eu acho que mereceria mais atenção e mais tempo para os idosos para que pudesse animar, né, dialogar mais, fazer uma medicina mais preventiva, da diabetes, da hipertensão, da obesidade, do sedentarismo, porque o idoso é muito sedentário. (2)

Porque eu também sou de terceira idade, me considero de terceira idade, eu também freqüento, eu sou muito da atividade física, então eu oriento tudo. (3)

Hoje eu comecei a fazer exercícios pra ir voltando ao normal. Aí eu voltei quase totalmente ao normal. Totalmente não, mas muitas coisas que eu fazia, eu estou fazendo hoje. (5)

Eu tinha de ficar orientando como ele deveria fazer exercícios para ele não ficar com edema nos membros inferiores. (8)

Tem muitos que não fazem atividade física, por conta disso, porque não conseguem andar e começam a incomodar e não tem calçado adequado. Seria o ideal um com amortecedor, mas aí ele não tem, aí fica difícil pra caminhar. (8)

Eu já estou com meus sessenta e querendo manter minhas caminhadas regulares e não estou conseguindo estou com essa deficiência aí. Faço coisa pouca em casa e não estou caminhando e eu preciso. Já estive com o meu colesterol alto e eu consegui diminuir com sinvastatina, mas eu preciso mesmo da atividade física. Eu estou deficiente nisso eu preciso fazer atividade física. Tenho que me programar, eu tenho que fazer, porque eu não estou mais com essa bola toda, eu to ficando sedentária eu não estou me aceitando desse jeito. Eu oriento tanto e vou ficando pra lá. (8)

Mas eu ainda sou capaz de subir uma escada correndo, faço alguma coisa. Nunca fumei, isso me dá uma capacidade respiratória boa. (10)

As representações sociais dos médicos sobre promoção de saúde estão voltadas para uma abordagem clínica, enfocando a doença. Na educação em saúde deveria haver um predomínio de diálogo propriamente dito com troca de experiências e não o predomínio da imposição de informações ao ensinar isso ou aquilo.

5.2.3.4 Consulta ambulatorial

Nenhum dos entrevistados informou haver um turno específico somente para idosos; no entanto, todos relataram que nos dias de atendimentos aos hipertensos e diabéticos havia maior quantidade de idosos nessa clientela.

Temos um dia inteiro para os hipertensos, diabéticos e também é destinada para os idosos. É preferencial para eles. Então sempre que eu atendo um idoso mesmo não sendo hipertenso ou diabético geralmente eu marco os retornos deles para esse dia. (9)

Desde 2006, o Pacto pela Vida está direcionando as ações do SUS (BRASIL, 2006c); as ações prioritárias como a Saúde do Idoso ainda não conseguiram ser estabelecidas e nem executadas pelos profissionais de saúde de forma adequada. Dentro das equipes da ESF ainda há predomínio das ações sob o enfoque das doenças hipertensão e diabetes em detrimento às ações de promoção de saúde e de prevenção do envelhecimento.

Ao serem questionados sobre atividades com idosos na ESF, mesmo todos realizando consultas ambulatoriais e visitas domiciliares aos idosos, a maioria negou atividade com idosos, possivelmente porque eles associaram a pergunta às atividades realizadas somente com grupos de idosos (Quadro 2).

Quadro 2. Resposta imediata dos médicos entrevistados à pergunta “Faz alguma atividade com idosos no PSF?”.

Médico	Resposta imediata à pergunta
1.	Especificamente com idoso, não.
2.	Não, somente reunião de grupos de educação física e consultas.
3.	Eu oriento.
4.	Não, faço não.
5.	No momento não, eu sou novato ainda aqui.
6.	Não ainda não.
7.	Não, somente consulta, atendimento.
8.	Não, aqui no programa de saúde da família a gente tem prioridade somente para hipertensão e diabetes e dentro desse grupo eu tenho os idosos, e a maioria são os idosos.
9.	Não, a gente não tem atividades com idoso.
10.	Bom, atividade mais específica, mais frequente no idoso é exatamente o hipertenso e o diabético. É a maioria.

A lembrança mais citada ao se referir a ações da ESF com idosos eram de consultas ambulatoriais:

Só a minha atividade com idoso, só com as doenças pregressas deles, no caso hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus que são o ponto de corte que a gente pega para idoso. (1)

É muito difícil na consulta, você deixe toda a atenção e informação para uma pessoa só, por causa do volume de gente que temos que atender com doença real, não é verdade? Nós não trabalhamos a profilaxia, a prevenção. (6)

Percebeu-se na maioria das falas a priorização das atividades de consultas ambulatoriais pelos entrevistados em detrimento a outras atividades desenvolvidas na ESF:

Como a demanda é muito grande, a gente acabou caminhando para aquele velho sistema de atender, atender, atender todo mundo sem ter mais limites. O que determina o limite é a necessidade, né, da população e acaba limitando, deixando assim você sem condições de fazer o serviço como deveria ser. (4)

Mas você imagina um posto aqui como o meu, dá assistência integral a comunidade em tudo. Quer dizer dentro de um limite, né? Mas tem muita coisa: tem médico, né? Que todos os dias atende de manhã e de tarde. (2)

Segundo Oliveira e Pellanda (2004), a consulta é um momento para se estabelecer o diagnóstico e manejo dos problemas de saúde dos indivíduos. As consultas clínicas constituem o maior motivo de procura pelos idosos do serviço público de saúde em Juazeiro do Norte (MARQUES, 2009). A consulta médica geralmente segue o modelo biomédico que considera os fatores biológicos causadores das doenças e centraliza a atenção à saúde na figura do médico (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002). A representação social dos entrevistados sobre as atividades com idosos na ESF encontra-se focado no modelo biomédico.

5.2.4 Principais problemas dos idosos em Juazeiro do Norte

Quadro 3 : Resposta imediata dos médicos entrevistados à pergunta “Quais são os principais problemas dos idosos em Juazeiro do Norte?”.

Médico	Resposta à pergunta
1.	Em Juazeiro, os principais problemas dos idosos são relacionados a seqüelas de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e o diabetes
2.	São os mesmos problemas do restante da comunidade: hipertensão, diabetes, doenças crônicas, osteoporose, né, e alguns problemas emocionais.
3.	O problema do idoso aqui no Juazeiro do Norte é um problema de falta de espaço pra ele continuar, falta de espaço no mercado de trabalho. É muito preconceito contra o idoso, preconceito é demais que aqui tem.
4.	O principal problema de saúde do idoso aqui em Juazeiro do Norte sempre é a hipertensão arterial e as seqüelas da hipertensão principalmente AVC.
5.	Bom, tirando diabetes e hipertensão, né, que são as doenças que mais acometem os idosos, tem também os problemas osteoarticulares, né, que são as artroses, tem os problemas de ordem mental são aqueles pacientes que tem demência tem até caso de Alzheimer mesmo.
6.	Eu acho que o principal que eu consegui perceber nesse pouco tempo a ainda por que quatro meses não é nada, para a gente conhecer essa rotina. Eu acho que é o descaso familiar. Sabe?
7.	Eu acho que o principal problema é tem muitos que moram só ou mesmo aqueles que não moram só, tem um problema deles não saberem tomar a medicação correta, né, de esquecer.
8.	Tem muito problema de acesso. Essa nossa área muito grande e os idosos têm dificuldade para vir. Tem uns que moram do outro lado da pista, e para eles atravessarem é perigoso.
9.	Por uma questão de sócio econômica, falo da questão cultural, a falta de respeito, o descaso, chegando na questão biológica. Passando para questão biológica, que é a hipertensão e diabetes e as doenças senis, mentais senis.
10.	Bom as doenças mais frequentes, são exatamente as doenças degenerativas, como as artroses, a hipertensão, diabetes, principalmente isso.

Ao se questionar sobre os principais problemas dos idosos em sua comunidade ou em Juazeiro do Norte, seis entrevistados se referiram a doenças prevalentes como hipertensão e diabetes. A médica 3 citou como problema principal o preconceito, a 6 o descaso familiar, o médico 7 apontou a dificuldade na tomada de medicações e a 8 a dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Portanto, a maioria dos entrevistados identificou como problemas principais, os relacionados diretamente à saúde (Quadro 3).

Ao se questionar sobre os principais problemas dos idosos em Juazeiro do Norte, destacou-se a lembrança de doenças crônicas como hipertensão e diabetes nas falas dos médicos 1, 2, 4, 5, 9 e 10 (Quadro 3). A citação sobre hipertensão e diabetes também foi observada em outras falas dos entrevistados:

Eu acho que também da parte de diabetes, fazer exames, porque tem muitos deles que não faz. (7)

Na aqui no programa de saúde da família a gente tem prioridade somente para hipertensão e diabetes e dentro desse grupo e tenho os idosos, e a maioria são os idosos. (8)

Bom, atividade mais específica, mais frequente no idoso é exatamente o hipertenso e o diabético. É a maioria. (10)

Doenças relacionadas à saúde mental dos idosos também foram citadas pelos médicos 1, 2, 3, 5, 6 e 9:

E fora isso também as doenças degenerativas como Alzheimer e doenças mentais... (1)

São os mesmos problemas do restante da comunidade: hipertensão, diabetes, doenças crônicas, osteoporose, né, e alguns problemas emocionais. (2)

Hoje eu to entendendo aquelas depressões aquelas, né aquelas faltas, aquelas queixas, aquelas regressões, eu to entendendo tudo porque eu estou inserida, né, na minha própria idade. (3)

Tem os problemas de ordem mental são aqueles pacientes que tem demência tem até caso de Alzheimer mesmo. (5)

Então a velhice se compara a isso, quando você se depara com isso, se você não tiver um bom preparo, você deprime. Não é? Se deprime. (6)

É um começo de Alzheimer, para essas coisas, o manejo clínico é mais difícil. (9)

Eu tenho três com Alzheimer, né? E tenho, e tenho os outros dois com quadro inicial de demência. Fora a demência senil que é bem mais comum.

Não sei te dizer agora quanto são ao todo. Com certeza, uns 10 idosos que eu atendo têm algum grau de dificuldade. (9)

Doenças relacionadas à dificuldade de mobilidade e doenças osteoarticulares dos idosos foram citadas pelos médicos 1, 2, 5, 6, 8 e 10:

Tratar a osteoporose que é outra doença que eu deveria ter colocado nas doenças degenerativas que atinge muito essa população que a gente tem que trabalhar em cima disso e eu trabalho com meu idosos. (1)

São os mesmos problemas do restante da comunidade: hipertensão, diabetes, doenças crônicas, osteoporose, né, e alguns problemas emocionais. (2)

Tem também é aqueles pacientes que são, por exemplo, que estão impossibilitados de caminhar, por exemplo, aquele que perde a perna, um diabético que cortou a perna não pode mais se locomover aí tá dependendo de uma pessoa pra tá levando remédio pra ele ou pra levar ele para o posto. (5)

Até porque eles necessitam mais, podem estar acamados, ou com alguma dificuldade de locomoção. (6)

Hoje em dia até ao banheiro só, ele vai. Por conta própria, ele mesmo fez os exercícios sobre nossa orientação. Ele fez exercícios e conseguiu. Ele ficou assim depois de um AVC. (8)

Bom as doenças mais freqüentes, são exatamente as doenças degenerativas, como as artroses, a hipertensão, diabetes, principalmente isso. (10)

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, assim as doenças relacionadas ao envelhecimento ganham maior expressão. O resultado dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde com enfoque na doença (LIMA-COSTA, VERAS, 2003).

A representação social dos médicos sobre os problemas dos idosos representa o conceito de saúde centrado na doença, bem como o conceito de idoso como paciente, como doente. Não existe a percepção de outros problemas sócio-econômicos dos idosos. Os médicos somente percebem os problemas relacionados à abordagem clínica e médica, daí o idoso ser visto no dia dos hipertensos e diabéticos. Os médicos não vêem o idoso inserido no contexto familiar e coletivamente e não vêem, por exemplo, os abusos, os maus-tratos, a viuvez ou feminilização do envelhecimento.

5.2.5 Conduas dos médicos na Saúde do Idoso na ESF

Segundo Kloetzel (2004), a solicitação de pedidos de exames complementares faz parte do cerimonial bastante freqüente de uma consulta médica. A oferta desses métodos e procedimentos para investigação diagnóstica pelos laboratórios clínicos e de imagem está cada vez mais crescente e sua realização encontra-se atualmente mais valorizada tanto pelos médicos como pela população em geral.

Os médicos 1, 6 e 7 falaram da importância de exames de rastreamento de doenças como câncer em idosos. Médico 6 destacou a falta de conhecimento dos pacientes idosos.

Mas muitas vezes você pega um idoso que nunca foi feito uma mamografia e a parte ainda da prevenção do câncer ginecológico, né? Então eu acho que trabalhando dentro disso aí, a gente pode melhorar a saúde do idoso. (1)

Eu acho que falta ainda muitas campanhas de uma forma de chegar ao idoso das necessidades que ele tem para fazer exames de prevenção, principalmente o câncer de próstata, o câncer de pênis acontece muito por conta disso desconhecimento e a maioria não tem esse conhecimento. (7)

Ela falou que estava bem e ela só tava preocupada com o exame que ela não sabia se ia fazer: o Papanicolau. Mas nós vamos fazer esse exame sim e tal. (6)

O médico 2 fez crítica à valorização excessiva da realização dos exames complementares e reforça que o doente não quer mais ser examinado:

O doente não quer mais ser examinado pelo médico, certo? Prefere os exames. Perdeu a confiança, isso em todos os âmbitos, acredita mais nos exames, do que na palavra do médico, então isso é muito triste. (2)

Querem fazer um eletrocardiograma primeiro e a dosagem dos exames que tem direito, dosagem de colesterol e essas coisas todas, não querem ouvir muito, fazer exercícios físicos, atividade física, e do controle emocional, perdoar, as pessoas querem mais exames, então isso é muito triste. (2)

O médico 1 destacou a interferência de determinações da gestão municipal da saúde local sobre as ações médicas na ESF, que dificultam a investigação clínica dos seus pacientes:

A prefeitura deveria facilitar certas, certas coisas, certas atitudes direcionadas ao profissional da saúde da família como por exemplo, existem exames que não há necessidade de você encaminhar para o especialista pra poder pedir, como por exemplo a densitometria óssea. Será possível você pedir pra avaliar a massa óssea do idoso quando uma pessoa já ta entrando

nessa faixa etária que tá na menopausa, mulher principalmente, e você ter que encaminhar. E o encaminhamento que já vai gerar despesa extra pra prefeitura. Pedir esse exame pra depois encaminhar novamente pra esse especialista. Então quer dizer, torna para o idoso cansativo. (1)

Às vezes eles mesmos dizem: doutor, porque o senhor não pode solicitar esse exame? Aí a gente tem que explicar a ele que isso é uma questão burocrática da prefeitura. É porque motivo, motivo pra pedir exame, a gente sabe quais são os motivos, então são os diagnósticos pra pedir o exame, então porque não facilitar mais esse tipo de atendimento. (1)

Em protocolo clínico produzido pela gestão municipal de saúde de Juazeiro do Norte, em 2009, determinou-se que a densitometria óssea deve ser solicitada somente por reumatologistas ou ortopedistas. Constitui-se um modelo de gestão que reforça a ação médica especializada.

A maioria dos idosos utiliza pelo menos um medicamento e cerca de um terço deles consome cinco ou mais simultaneamente (ROZENFELD, 2003). Os médicos 7, 9 e 10 fizeram comentários sobre medicalização dos idosos. Os médicos 7 e 9 falaram da dificuldade percebida em idosos na tomada adequada das medicações. O médico 10 comentou sobre uso de neurolépticos em idosos:

Às vezes a medicação não está sendo tomada da forma correta, porque eles esquecem ou trocam a medicação. (7)

É a maior dificuldade que eu tenho é essa: eles acertarem utilizar a medicação. (9)

Fazendo exame melhor aí eu descobro que o paciente estava recebendo a insulina no antebraço. É realmente de assombrar. (9)

Eu dei o comprimido, mas ele não aceitou. Era mastigável. Podia colocá-lo no pilão, o comprimido, misturava no suco, e ele sentia o gosto. (9)

Geralmente chega no psiquiatra, aí tome tranquilizante, tome neuroléptico, e ele vira um autômato e muitas vezes não resolve o problema dele. (10)

A representação social de avaliação do serviço de saúde se localiza em ambiente público desfavorável e cercado por dificuldades, no entanto os entrevistados demonstram que suas ações são bem vistas pela população e assim eles percebem a gratidão dos idosos.

5.2.6 Avaliação das ações na saúde do idoso na ESF

Nenhum médico entrevistado demonstrou insatisfação em atender idosos na ESF (Quadro 4).

Quadro 4: Resposta imediata dos médicos entrevistados à pergunta “Como é para você trabalhar com o idoso no PSF?”.

Médico	Resposta imediata à pergunta
1.	É bom, por que o idoso pela experiência de vida que ele já tem, ele passa sempre alguma coisa pra gente principalmente no sentido de experiência de vida...
2.	Bem, até porque eu sou idoso, é gratificante
3.	Eu trabalho com idoso é... eu tento no dia do idoso, eu tento mostrar pra ele os direitos que ele tem, é os direitos, as limitações que eles terminam não sabendo aonde termina o direito e aonde começa o do outro.
4.	Na verdade, eu descobri que são as duas faixas melhores de trabalhar, acho que por eu fazer pediatria, eu acho as duas semelhantes. Eu gosto muito do idoso que se assemelha muito a criança.
5.	Eu acho interessante, porque o idoso é uma pessoa que assim éee presta mais atenção no que você diz pra ele. Eles detalham muito os problemas deles pra gente. A gente fica até sensibilizado com a problemática deles. Então a gente fica até mais ligado a eles. Eu acho interessante atender o idoso.
6.	Olha, eu não vou deixar de disser pra você que é um desafio, pelo fato que não ter experiência com. Muitas vezes, em termos de conduta real, que as vezes a gente fica assim meio inseguro
7.	Eu gosto, é um pessoal bom de trabalhar, entendeu. É bem melhor do que as mães das crianças. É um pessoal que fica satisfeito, agradece a consulta. É um pessoal que é bem comportado, é muito bom trabalhar com idoso. Eles saem agradecendo a consulta.
8.	Eu não tenho dificuldade não. Eu me relaciono muito bem, conheço a população quase toda. Sempre chegam alguns novatos, mas a maioria da população eu já sei dos problemas, com a família, eu já sei quem são.
9.	É relativamente fácil. Porque eu sinto uma boa relação com os idosos. Eu me lembro dos meus avós. Uma relação muito íntima né, e muito carinhosa. Isso agente transfere, nem que não queira a gente transfere esse carinho, que eu aprendi a de se envolver desde criança pelos meus avós, pelas pessoas de idade.
10.	Eu acho gratificante, gosto muito de trabalhar com idoso, pra mim, é a minha preferência.

Percebeu-se satisfação nas falas dos médicos 1, 5, 6, 7 e 9 devido à atenção e gratidão demonstradas pelos idosos durante e após a consulta:

É sempre bom atender o idoso porque ele sempre fica gratificado com a consulta que é feita. Se a gente se dedica ao idoso, ele sempre vai também aquela vontade de ta nos gratificando de alguma forma e eu posso até aqui fazer uma citação, eles gostam de levar às vezes, como aconteceu essa semana, biscoito pra mim, por conta do atendimento prestado, então isso pra mim é uma gratificação maior até do que o salário que a gente recebe já que o salário é tão reduzido. (1)

Eu acho interessante, porque o idoso é uma pessoa que assim, presta mais atenção no que você diz pra ele. Eles detalham muito os problemas deles pra gente. A gente fica até sensibilizado com a problemática deles. Então a gente fica até mais ligado a eles. Eu acho interessante atender o idoso. (5)

Pra uma paciente que era depressiva e eu chego lá, e ela já sorri, e ela limpa toda a casa pra receber a gente e assim o resultado disso, não existe dinheiro que pague, é uma coisa extremamente gratificante. (6)

São pessoas que saem muito agradecidas da consulta, do tratamento e, entendeu. Eles não saem falando a, reclamando ou fazendo confusão. É uma atividade muito boa trabalhar com idoso. (7)

Ele era um senhor bastante simples, bastante humilde. mais para mim foi uma vitória, quando ele disse isso para mim, foi aí que eu passei a investir mais nessa questão da educação de orientar bem a dieta. (9)

Esta atenção vinda do idoso é questionável. Será que esse idoso questiona? Será que tem oportunidade de discutir ou ter sua história de vida ouvida pelo médico? Ele certamente tem necessidade de ser atendido, por isso a gratidão. Alguém de alguma forma olha para ele, daí a gratidão demonstrada pelos idosos. Nas falas dos médicos 6, 9 e 10 observou-se o destaque da necessidade de conversar que o idoso possui:

Muitas vezes o idoso quer é um contato quer uma conversa, isso é muito importante. (10)

Eu lembro da minha primeira visita com ela, e já é a quarta visita que nós vamos lá, e só a quarta e o resultado foi assim impressionante, e ela vai fazer aniversário no dia oito, e eu sei que na vida dela isso tem um sentido muito grande, muito mais que só tomar os remédios, né? (6)

Ouvi as queixas, ter paciência de escutar aquela história todinha, eles adoram conversar. Eles chegam aqui, e desabafa uma vida deles inteira. É lógico que eu não posso estar ali com os olhos e ouvindo, mas enquanto a gente está escrevendo, não custa nada, eu digo: eu tô escrevendo mais eu estou escutando, ouviu? Certo doutora. Aí tome a falar. Fala, fala, fala, fala. (9)

Os médicos 1, 2, 6 e 9 demonstraram em suas falas, uma auto avaliação positiva de suas ações na ESF:

A gente tem prestado esse atendimento e eles têm gostado, né, tanto no PSF tanto há dois anos e sete meses no João Cabral como agora aqui trabalhando no Sítio São José. Eu acho que dá sim, dá pra atender o idoso. (1)

A população não pode reclamar não. Aqui pelo menos, minha população que eu já combinei, não tem muita restrição. Tem uns probleminhas pequenos. Mas eles aceitam e acham boa a assistência médica. Mas tem sempre aquele revoltado. Se faz uma pesquisa não dá 100%, dá 60% de aceitação. (2)

Como eu vejo que a grande maioria, nós temos um bom resultado. (6)

É por isso, eu acho, que eu tenho um certo perfil de PSF, entendeu? Porque eu gosto de lidar, de conhecer, de orientar. (9)

Houve relatos positivos das suas atuações na ESF. A médica 3 destacou a importância do acompanhamento da pessoa desde a infância até a velhice. A médica 8 citou seu conhecimento da área e do conhecimento da população sobre o profissional. E a médica 9 falou da importância da criação de vínculos entre o profissional de saúde e o paciente:

É. Então você tem condições de acompanhar a pessoa no evoluir da existência da pessoa. No evoluir. Desde o intra-útero até criança, adolescente, o adulto em si e o idoso, né? Você tem... Você acompanha. (3)

E hoje tem uma afinidade muito grande aqui com grupo com a área, aqui todo mundo me conhece. Já é muito tempo de convivência. Eu já conheço todo mundo. Quando chega fulano de tal, eu já sei onde a casa, a condição de vida de cada um. Já a pela área, a gente já sabe quais os problemas. Já são nove anos. (8)

Esse presentinho aqui que eu ganhei. A avó quando entrou aqui que viu que era a lembrancinha do nascimento da neta, aí ele disse: doutora a senhora guardou! E a senhora não jogou fora, e nem deu! Oxente, ta enfeitando a minha sala. Isso tudo cria vínculos. Eu penso que PSF seja isso. Às vezes eu acho que muitos médicos não valorizam. A classe médica não valoriza, o trabalho do PSF. Mas era justamente isso, é conhecer, você criar oportunidades, não é que você vai virar amigo de todo paciente, não é isso. Mas é desenvolver um laço mais forte para que eles tenham confiança no seu trabalho. Para que a aderência ao tratamento seja melhor. Né muda completamente a visão do paciente quando ele confia em você né você o conhece bem. (9)

Algumas dificuldades foram citadas pelos entrevistados em relação à ESF em si. O médico 2 citou os pacientes problemáticos que não se conformam com o atendimento. A médica 4 falou do seu desencantamento da ESF. A médica 6 falou da insegurança em determinadas condutas. E o médico 7 citou o preconceito contra o trabalho na ESF:

Aqui no PSF, uma coisa que eu aprendi foi conviver com a comunidade. Não é uma coisa simples. Tem as pessoas que são problemáticas, que não se conformam com o atendimento qualquer que seja o atendimento, não se conformam, então são essas pessoas que eu atendo primeiro, que eu atendo melhor ainda que os outros, apesar de saber que eles vão continuar revoltados, complexadas. São inerentes a personalidades dessas pessoas. Você sabe que tem pessoas que são contra tudo, não se conformam, né? (2)

No início eu até gostava, mas agora, como posso dizer, desencantei. (4)

Olha, eu não vou deixar de disser pra você que é um desafio, pelo fato que não ter experiência com. Muitas vezes, em termos de conduta real, que às vezes a gente fica assim meio inseguro. (6)

Todo mundo tem preconceito com o PSF, eu achava. Aí depois eu passei a gostar. Eu gosto da atividade que eu faço. Eu acho tranquilo. Eu acho que uma atividade boa, diferente do que eu fazia que era só operar e eu estou satisfeito. Eu não penso em deixar não. Entendeu? (7)

O médicos 4, 5, 7, 8 e 9 relataram críticas à ESF e ao serviço de saúde. Os médicos 4 e 5 falaram sobre falta de investimento na atenção primária à saúde. O médico 5 falou do grande número de consultas por dia e citou algumas dificuldades no serviço de atenção secundária à saúde de Juazeiro do Norte.

Foi um dos motivos que eu me desencantei com o PSF era que os dirigentes tivessem mais consciência da importância do serviço para a população e assim que tivesse mais disponibilidade de recurso para trabalhar de forma mais digna, sabe? Pra gente ta se dedicar mais pra essa parte de saúde, né? (4)

Ai quer dizer eu ficava pensando, quando é que eu vou deixar de trabalhar nesse negócio? Porque, não é que o trabalho seja ruim, mas são as condições que leva você a ficar de jeito. O governo paga o salário que pra uns resolve o problema, mas pra outros, não. Você vê que tem o lugar que você trabalha menos, faz a mesma coisa e não seja tão desgastante. (5)

Teve dia que eu atendia 80 pessoas, tinha dias que eu atendia 50 e no mínimo que eu atendia 30. Era assim. Era gente da mesma casa quase todo dia, todo dia. Eles tinham medicamento tinham tudo, tinham exame, mas era assim. Você acha bom por um lado, mas seu ego fica meio ralado né? Você fica meio assim não gostando nem tanto do trabalho, mas do sistema de trabalho. Quando o município dá condição pra você trabalhar, e você trabalha com satisfação, você vai embora, como se fosse água, não sente nada, faz todo dia com maior satisfação do mundo. (5)

E aqueles que têm cirurgias, cirurgias pra fazer. Você encaminha para um hospital chega lá, aí não tem cirurgião, quando tem o cirurgião, não tem o anestesista, e assim vai, às vezes não tem vaga então quer dizer eles reclamam muito disso aí. E isso aí falta muito pra eles e tem outras coisas, tem coisa se a gente for citar aqui a gente ficaria o dia todo. (5)

O médico 7 salientou que os agentes de saúde deveriam ter outras atribuições durante as visitas domiciliares. A médica 8 falou do problema de não se ter carro disponível para as equipes da ESF. A médica 9 falou do grande número de pessoas vinculadas a sua equipe e da estrutura precária da unidade de saúde.

Uma coisa que eu acho absurda no PSF, que eu descobri há pouco tempo, é que o agente de saúde não mede nem pressão. Agente de saúde não mede a pressão por que é proibido. É a coisa mais sem sentido do mundo. Eu achava que os agentes de saúde andavam com um aparelhinho e mediam a pressão. Na bolsinha, a balança para pesar a criança, um aparelho de glicosímetro, entendeu? Para descobrir se tem alguém com hiperglicemia ou com a pressão alta para poder encaminhar. Isso é que era o correto, eu acho que o agente de saúde era para ter essa função. (7)

Dificuldades para reabilitação motora o que é muito difícil vir um carro e aí não tinha como acompanhar. Tem que ter uma pessoa para acompanhar até chegar carro. Se não tinha carro naquela hora, ele perdia a fisioterapia. Aí nós vemos muitos problemas desse tipo aí. (8)

O posto está muito populoso, nossa área está extremamente populosa. (9)

As próprias condições, as estruturas do posto não têm um ambiente assim para que eles possam ficar mais agradável, para que eles possam sentar no lugar mais fresco e que possam aguardar. (9)

O acesso ao serviço de saúde consiste em utilizar este serviço quando o indivíduo necessitar (TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIACAVA, 2006). As médicas 8 e 9 relataram a dificuldade de acesso ao serviço de saúde por parte da população que mora mais distante da unidade de saúde.

Tem muito problema de acesso. Essa nossa área muito grande e os idosos têm dificuldade para vir. Tem uns que moram do outro lado da pista, e para eles atravessarem é perigoso. (8)

Eu sei que é assim, eles têm muita dificuldade de ter acesso ao posto, não que a gente não recebe, mas às vezes é a dificuldade de chegar. Nosso posto não é bem centralizado na área, então algum dos idosos teriam que andar muito para chegar ao posto. Se ele fosse mais centralizado, essas distâncias seriam mais equiparadas. (9)

Os médicos 2, 5 e 8 destacaram a falta de medicação na ESF.

O que mais o pessoal reclama as vezes é a falta de medicamento regular, quer dizer, deveria haver um compromisso maior da secretaria de saúde em relação aos medicamentos essenciais como do diabetes, hipertensão, certo, osteoporose, porque as vezes falta determinados tipos de medicamento. (2)

Bom, além da medicação que a gente batalha muito pedindo ao pessoal que é responsável pela distribuição do medicamento que eles são pobres, a maioria dele é pobre então eles precisam daquela medicação contínua constante. E tem uns, alguns deles que a medicação não tem no sistema de saúde então eles ficam sem poder comprar medicação e ficam com um problema eterno, isso é outro problema. (5)

Às vezes quando não tem medicação e, eu tenho que arranjar até umas amostras. Às vezes eles não se dão muito bem com o captopril, eles ficam com tosse, e aí eles têm que comprar. Aí eles reclamam disso. Às vezes eles ficam usando diuréticos, usam por muito tempo. (8)

Os médicos 5 e 8 relataram a dificuldade de realização de exames complementares no serviço público em Juazeiro do Norte.

Outros são os exames, que eles reclamam muito dos exames, porque os exames que a gente pede pra eles, demoram muito. Às vezes demora um mês, dois meses, três meses, e às vezes não vem nunca. Aí eles ficam reclamando muito disso aí. (5)

Mas os pedidos de exames é um dos grandes problemas daqui. Eles reclamam demais. Tem uns que passam três meses para receber. Você não pode nem avaliar direito glicemia e colesterol. Fica muito ruim para os pacientes, por que demora muito. Ainda bem que o HGT a gente faz aqui e pelo menos duas vezes no mês eles fazem o HGT. Os exames com hemograma, sumário e colesterol estão demorando demais. Ultra-sonografia também estão demorando demais. (8)

As desigualdades sociais associadas ao uso e à avaliação dos serviços de saúde pelos idosos indicam que a equidade ainda não foi alcançada no Brasil (LIMA-COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003).

Quadro 5: Resposta imediata dos médicos entrevistados à pergunta “Você se considera capacitado para atuar bem na saúde do idoso no PSF?”.

Médico	Resposta imediata à pergunta
1.	Totalmente capacitado a gente nunca pode dizer que está.
2.	Eu me considero capacitado, até por que tenho muita experiência, tenho muito chão, só de PSF eu tenho nove anos, eu to adequado, fiz vários cursos, e me sinto capacitado para atender o idoso.
3.	Eu me considero. Eu me considero. Eu jamais diria que eu não me considero.
4.	Não. (resposta seguida de silêncio)
5.	Na saúde do idoso, até hoje eu não fiz nenhum curso de especialização não fiz nenhum tipo de treinamento, como se diz, pra abordar o idoso, faltou.
6.	Não, eu acho que não. Eu acho que ainda falta muita coisa.
7.	Assim, na minha especialização, na minha especialização, sim. Mais para a medicina geral, totalmente não.
8.	Talvez eu precise de alguma coisa mais, eu acho que eu preciso de uma atualização porque eu não tive essa cadeira na faculdade eu fui aprendendo com cursos assim e a gente nunca fica com segurança.
9.	Não, não. A pessoa que diz isso está mentindo, eu acho particularmente. Porque é um mundo dentro de outro mundo.
10.	Eu creio que sim.

Apenas três médicos afirmaram ser capacitados para atuar bem na saúde do idoso (Quadro 5). Os médicos 1, 5, 6, 7, 8 e 9 citaram durante suas entrevistas a necessidade de capacitação na área de saúde do idoso.

Já falei com a nossa coordenadora, e se tiver algum curso de pós-graduação em saúde da família, eu tenho interesse. (6)

Eu acredito que eu ajudo, mas a formação técnica eu ainda não tive. (6)

Se surgir a oportunidade de ter um curso, uma após graduação em saúde da família eu tenho interesse, para preparar melhor. Porque eu acho que é mais fácil lidar com pré-natal, que faz parte da minha área, com a criança, adoro adolescente, adoro trabalhar com adolescentes, mas na questão do idoso, esse é um dos motivos pelo qual eu tenho interesse por um curso, qualquer curso que informe mais. (6)

Totalmente capacitado a gente nunca pode dizer que está. Porque a gente tem sempre que tá atrás de uma melhor formação, mas com a boa vontade, com os conhecimentos de clínica geral que eu tenho, né? de medicina geral, com que me dispõe em mão no atendimento. (1)

Até hoje eu não fiz nenhum curso de especialização não fiz nenhum tipo de treinamento, como se diz, pra abordar o idoso. Faltou. Houve essa falha em mim que eu poderia ter feito isso em Fortaleza na Escola de Saúde Pública, mas eu não fiz, mas eu acho que isso aí falta pra nós. Pra nós que trabalhamos no PSF, é como tem o AIDPI para as crianças, e tem a saúde da mulher pra nós, deveria ter o curso do idoso pra nós interarmos melhor, pra gente dar uma melhor qualidade de vida pra eles. Eu acho isso muito bom, tá faltando isso pra nós. (5)

Eu ainda pretendo estudar muito ainda. Você tá falando do mestrado aí, eu ainda pretendo fazer um mestrado ainda, não fiz agora porque meus meninos estão estudando ainda. (5)

Quero fazer outro curso como de geriatria, eu quero fazer eu quero fazer um curso ligado a pediatria que não seja o que eu já fiz. Eu sei que é difícil aqui no Ceará, mas quando aparecer na escola de saúde pública ou em qualquer outro canto eu vou tentar. E por último o mestrado, mas o que aparecer primeiro, eu to aí pra enfrentar. (5)

Às vezes a gente fica muito, não tem muito embasamento para tratar outras doenças, principalmente eu acho que as doenças neurológicas, psiquiátricas. (7)

Talvez eu precise de alguma coisa mais eu acho que eu preciso de uma atualização porque eu não tive essa cadeira na faculdade eu fui aprendendo com cursos assim e a gente nunca fica com segurança. Já fiz vários cursos mais ainda não para geriatria. E agora parou. Mas de geriatria mesmo precisava. (8)

Eu gostaria que pudessem existir capacitações aqui em Juazeiro para isso. Você me perguntou: você se acha capacitada? não eu não acho. É realmente um mundo, tem muito datalhezinho. (9)

A capacitação de profissionais para atuar na área de envelhecimento e saúde do idoso é uma das ações prioritárias da política nacional do idoso no Brasil (MOTTA, CALDAS, ASSIS, 2008). No entanto, em Juazeiro do Norte, esse tipo de capacitação ainda não foi realizada.

Quadro 6: Resposta imediata dos médicos entrevistados à pergunta “Você conhece ou já ouviu falar de avaliação multidimensional do idosos?”.

Médico	Resposta à pergunta
1.	Não que eu conheço. De ouvir falar é... eu não fiz ainda um curso ligado só ao idoso.
2.	Já.
3.	Não.
4.	Não.
5.	Não.
6.	Não.
7.	Não.
8.	Não.
9.	Não.
10.	Multidimensional como assim?

O médico 2 foi o único que afirmou conhecer a avaliação multidimensional (Quadro 6); porém, ao ser questionado se aplicava esse tipo de avaliação na ESF, ele negou. E ao se questionar como ele aplicava a avaliação multidimensional, não ficou claro a abordagem da dependência das atividades de vida diária, da visão e audição, do apoio familiar dentre outros.

Daqui a gente atender o idoso como o todo, a pessoa como o todo, então assim a gente não atende só o aspecto hipertenso, diabetes. (2)

A médica 8 foi a única que falou de avaliação de dependência do idoso.

Eu consegui até um questionário para utilizar para os idosos para avaliar a capacidade física e a independência do idoso eu até pedi para mandar imprimir por que para a gente fazer uma avaliação aqui para os mais idosos

para saber da dependência deles, aí ela ficou de imprimir, ainda não entregou. É simples, é bem simples. (8)

5.2.7 Considerações sobre trabalho multiprofissional

Os médicos 1, 2, 6, 7, 9 e 10 destacaram a importância da ação de outros profissionais da saúde na ESF.

É necessário a atuação do psicólogo com essa mudança de faixa, que estão ocorrendo várias mudanças no corpo dele, como acontece, por exemplo, do adolescente né? Há necessidade da terapeuta ocupacional; esse idoso nessa interação no meio da sociedade para que ele possa dar continuidade nessa vida. É nessa vida senil dele sem mais constrangimentos e outros profissionais também da área como o fisioterapeuta pra manter a função osteomuscular deles, melhorar a massa muscular pra evitar osteoporose por exemplo. (1)

Agora tem esses NASF, que é um apoio muito bom, complementar. (2)

Se não tiver equipe, não funciona. (6)

O médico não porque é mais complicado ir, mas o pessoal do, o assistente social ir a casa conversar com a família, entendeu? Tentar explicar a situação da paciente que venha alguém para consulta quem entenda, uma pessoa mais jovem para receber a medicação, para dar medicação a ele na hora. Acho que tem que ter um retorno, ver direitinho como é o ambiente familiar deles, entendeu. (7)

Eu já cheguei a solicitar fisioterapia para algumas pessoas, acompanhamento psicológico e, serviço social também, também a questão farmacêutica não sei qual a necessidade de um farmacêutico no posto. Acho que o nutricionista e o assistente social mais importante. O pessoal da fisioterapia para os que são acamados e às vezes quando eu fui lá, eles disseram que o fisioterapeuta estava indo e parece que ele ia na casa da pessoa, foi o único que eu vi que parece que está indo. (7)

Hoje aqui tem uma educadora para orientar exercícios físicos o que é muito bom para eles. (8)

Mudou muito. Aumento das agentes comunitárias de saúde, o programa do NASF, agora tá muito melhor. (8)

As minhas agentes de saúde são muito bem orientadas. Elas têm uma enorme boa vontade com os pacientes. Que essa questão do cuidado como o todo, em cada visita a gente vai colocando alguma coisa na casa, alguma idéia. (9)

Isso é uma das coisas que eu sinto mais falta no NASF é a nutricionista. Porque a alimentação deles é o muito restrita pelo poder aquisitivo e eles têm que se virar com que tem. E ele é o especialista nisso. É por isso que a minha consulta demora. Porque eu realmente converso com a pessoa e explico até como cozinha. Será que eu não estou sendo muito exagerada não? Mas se

você não for, se você não gastar tempo com essas pequenas coisas, você não consegue diferença no resultado do teu paciente. Não consegue. E aí eu me dou o trabalho, por isso que a consulta demora. (9)

Com o NASF, que veio o psicólogo foi muito bom. E vez por outra, eu estou sempre encaminhando, um idoso, né? Ou alguém mais angustiada para fazer o atendimento psicológico e eles gostam muito, gostam muito. É muita carência emocional. (9)

Acho que o que precisava mais era de uma troca de idéias, com uma equipe multidisciplinar, eu acredito que agora com o NASF, a coisa melhora bastante, porque a gente ta encaminhando todos os idosos praticamente pra fazer atividade física, quando tem algum problema mental a gente encaminha pra psicóloga, antes de mandar para o psiquiatra. (10)

Não, agora com esse núcleo aí do NASF, a gente ta encaminhando para atividade física, quando tem algum problema, vai para o psicóloga. (10)

O Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 para dar suporte às equipes básicas da ESF. Para cada oito equipes da ESF pode ser instalado um NASF constituído por cinco profissionais da saúde como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, educador físico (BRASIL, 2008). Em Juazeiro do Norte, esses núcleos estão em fase inicial de implantação e ainda não possuem seu quadro de profissionais totalmente contratados.

Percebe-se nas falas que as funções de outros profissionais da saúde são valorizadas, porém em nenhum momento há citação de ações desenvolvidas conjuntamente entre o médico e outro profissional. A representação social do trabalho em equipe denota a ação individualizada sem a interação entre os profissionais da saúde.

5.2.8 Considerações sobre velhice

Sete dos entrevistados consideraram idosos aquelas pessoas com idade acima de 60 anos. Um deles considerou pessoas com mais de 50 anos, dois consideraram pessoas com idade acima de 65 anos e um considerou idosos aqueles com mais de 70 anos.

Segundo o Estatuto do Idoso (2003), no Brasil, os direitos estabelecidos nesta lei estão direcionados a todas as pessoas com idade acima de 60 anos. Os indivíduos com mais de 60 anos são considerados idosos no Brasil. No entanto, em países desenvolvidos, consideram-se idosos, aquelas pessoas com 65 anos ou mais (Ramos, 2002).

A velhice não deve ser estabelecida ou conceituada somente levando-se em

conta a cronologia. Muitas variáveis deveriam contar ao se determinar a velhice ou que alguém está em processo de envelhecimento. Uma pessoa com 50 anos que passou por processos difíceis no decorrer da sua vida pode aparentemente ter uma idade maior que outra pessoa com 70 anos que estabeleceu hábitos positivos durante o percurso de sua existência e assim conseguiu envelhecer com qualidade.

Por uma questão organizacional de estabelecimento de faixas etárias em serviços de saúde públicos e privados, considera-se idoso levando-se em conta a cronologia, o tempo de vida. E assim a prioridade no atendimento deve ser dada àqueles com idade acima de 60 anos (Brasil, 2003).

Um entrevistado relatou não estabelecer a prioridade do idoso nos atendimentos. Este entrevistado informou que não tinha controle sobre os pacientes que entravam em seu consultório. Eu mesma pude comprovar essa afirmação, pois na espera pelo início da entrevista e final dos seus atendimentos, observei que uma idosa foi a penúltima a entrar no consultório.

Assim, é para ter. Mas a maioria das vezes o pessoal não cumpre, porque o pessoal organiza ali fora. E assim eles vão chamando. Mas era para ter realmente. No meu ambulatório que eu faço de urologista isso é cumprido, mas aqui não há não. (7)

Observa-se nesta fala que o entrevistado age diferente quando atua na ESF e quando atua dentro da sua especialidade, demonstrando a sua representação social de atuação diferenciada para diferentes funções realizadas por ele. Dentro da ESF, ele não organiza seus pacientes e nem se incomoda se os funcionários da UBS estão agindo corretamente, já no ambulatório da sua especialidade, ele diz seguir a lei da prioridade para o atendimento ao idoso.

A dificuldade de deslocamento devido sequelas de doenças crônicas não controladas adequadamente ou devido ao aparecimento de incapacidades relacionadas ao avanço da idade pode estar presente em alguns idosos. Os médicos 5, 6, 8 e 9 destacaram a dificuldade de deslocamento do idoso devido a algumas limitações vinculadas à idade.

Às vezes tem dificuldade pra se locomover. As vezes não tem um carro pra levar. As vezes tem, né, as vezes tem que ir uma pessoa que ir lá pra chamar, as vezes não tem uma pessoa pra fazer nossa ponte com eles. Então tem essas coisinhas que podem acontecer. (5)

Até porque eles necessitam mais, podem estar acamados, ou com alguma dificuldade de locomoção. (6)

Pior para o idoso, para ele pegar um ônibus ir ao centro fica muito ruim para eles. (8)

Meu avô tem dificuldade para andar, por conta de um acidente na juventude. Então desde a juventude ele tem essa limitação quando ele ficou mais velho e isso se agravou, então isso fez com que a gente desenvolvesse essa paciência. Um cuidado diferente. (9)

Eu sei que é assim, eles têm muita dificuldade de ter acesso ao posto, não que a gente não recebe, mas às vezes é a dificuldade de chegar. (9)

Apesar da convivência com doenças e agravos, as histórias de vida dos idosos podem revelar ganhos e não apenas limitações (UCHÔA, FIRMO, LIMA-COSTA, 2002). Os médicos 2, 3, 5, 8, 9 e 10 falaram das limitações na velhice:

Claro que eu respeito a limitação do idoso, por que nós da terceira idade temos que respeitar nossas limitações da idade, né? Tem muitas pessoas que não se conformam e não respeitam as limitações da própria idade da sua fase que você pode fazer e o que você pode não fazer. Tá entendendo? Você nem pode tudo que fazia quando era uma criancinha, né? Eu também já não posso fazer muita coisa que eu fazia na sua idade. A gente tem que respeitar essa limitação da idade. (2)

E o idoso tem também suas limitações. (3)

Tem também é aqueles pacientes que são, por exemplo, que estão impossibilitados de caminhar por exemplo aquele que perde a perna, um diabético que cortou a perna não pode mais se locomover aí tá dependendo de uma pessoa pra tá levando remédio pra ele ou pra levar ele para o posto. (5)

Dificuldade para deambular dificuldade devido a problemas como artrose. Dores no joelho. Esporão de calcâneo incomoda muito. É horrível. Você tem que orientar a usar tênis, apoio pra não forçar tanto porque até uma caminhada é difícil. (8)

Às vezes eu tenho dificuldade de lidar com as doenças características da idade, com as limitações decorrentes da idade. (9)

Então é difícil para eles estarem se locomovendo para virem se tratar regularmente aqui no posto. (9)

Porque envelhecer, é a tal história, quem não quer envelhecer, tem que morrer cedo. Então a gente tem que se conformar com isso, né? E sempre aparecem aquelas limitações, já não pode fazer certas coisas que fazia antigamente, mas eu ainda sou capaz de subir uma escada correndo, faço alguma coisa. (10)

Assim como no Japão, no Brasil há um número cada vez maior de idosos que moram sozinhos. Este dado pode ser entendido como símbolo de autonomia e liberdade (SCOTT, 2002). A lembrança da solidão e abandono foram citadas pelos médicos 2, 4, 5, 6 e 7 ao se referirem aos idosos.

Eu sei que o idoso morre de três coisas: de fome, que não tem apetite, perde o sabor, o gosto pelas coisas; da falta do cuidado do jovem da não escuta... e pelo abandono, vive só, até pra conversar com idoso, ninguém mais quer conversar mais as coisas com idoso. Então morre de fome, de desprezo e falta de dignidade. É triste, né? (2)

Eu acho eles muito, muito abandonados, sabe? Ninguém vê o idoso com o carinho que ele merece. Ou fica com ele por questão financeira ou fica com ele porque não tem opção e geralmente eles chegam a ser até uma espécie de estorvo para a família. O que é uma pena, eu acho. Eu vejo muito isso, eles são muito abandonados pela família. (4)

Ela é muito só, muito. É uma questão assim muito complicada dela, a questão social, a questão pessoal, sabe? (6)

Mas o fato de eles serem extremamente carentes, com relação à atenção, e quando eles vêm que você se importa, que a grande maioria tem um alto grau de abandono por parte de quem os acompanha que quando você demonstra uma atenção maior, eles se apegam e acabam te obedecendo até e seguindo suas orientações. (6)

Eu acho que nós não temos uma preparação, um conhecimento maior, pois é difícil de lidar com eles. Você imagina as pessoas que não tem conhecimento nenhum, paciência nenhuma e preparo nenhum para lidar com os idosos. É um abandono, um descaso. (6)

Eu acho que o principal problema é tem muitos que moram só ou mesmo aqueles que não moram só, tem um problema deles não saberem tomar a medicação correta, né, de esquecer. Principal problema: morava só. E se o idoso vive só é complicado e ainda tem aqueles que na consulta eu acho que não moram só mais que da família também não cuida, vem sozinho para a consulta. (7)

O médico 2 destacou a não adequação dos idosos ao mundo globalizado e os médicos 5 e 6 disseram que alguns idosos são rebeldes e possuem maior dificuldade de adesão às condutas de saúde sugeridas.

Até porque o idoso, né, ele não se adequou, não se adequou a essa globalização uma diferença muito grande o que era o passado e o que é o presente. A globalização, o avanço da tecnologia, da comunicação pegou os idosos muito, certo, desprevenidos, né? (2)

Às vezes é muito difícil, o idoso aceitar essa modernidade esse comportamento dos jovens, isso é muito difícil pra os idosos, para os mais velhos. (2)

Olha a dificuldade que eu acho é o seguinte as vezes você encontra aqueles rebeldes, idosos rebeldes. Por exemplo, eu to com um paciente agora né que ele precisa ficar internado que ele tem pé diabético e o pé diabético dele ta piorando. (5)

Eles são mais rebeldes, são mais é... tem uma dificuldade maior de adesão ao tratamento. (6)

Os médicos 1, 4, 6 e 9 fizeram comparações da velhice e infância.

O idoso eu encaro como mais uma fase, né? Mais uma fase da vida. E se a gente é capaz de atender uma criança, porque não atender um idoso que ta nessa fase de quase uma criança nas nossas mãos, né? (1)

Eu descobri que são as duas faixas melhores de trabalhar, acho que por eu fazer pediatria, eu acho as duas semelhantes. Eu gosto muito do idoso que se assemelha muito a criança. (4)

Então assim, trabalhar com eles é interessante: é gratificante né? mas ao mesmo tempo realmente muito trabalhoso. Porque é uma criança grande. Que tem suas vontades, que tem suas necessidades, que tem os seus comandos e a maioria a gente não consegue comandar, mas o que eu vejo que eles necessitam de mais atenção e carinho. (6)

Mas quando eu vejo o idoso que é frágil como uma criança então a gente precisa ter aquele cuidado maior, né? Aquela preocupação maior. E tem um agravante que não é uma criança por causa da rebeldia. (6)

É assim como uma criança, ele não é necessariamente senil, ele reconhece você, ele sabe quem são as filhas, né? Ele não é senil, mas ele tem as atitudes de uma criança, né? Então, certas coisas a gente tem que saber como impor. E às vezes a própria família não sabe se impor. (9)

A comparação da velhice à infância mostra a representação social da percepção da semelhança das características dos idosos e das crianças. O médico com essa representação social agirá de forma semelhante a esses dois estágios do desenvolvimento humano e assim poderá tratar um idoso como uma criança.

Os idosos são mais suscetíveis a doenças, acidentes, violência e sistema familiar vulnerável, sendo a família seu principal suporte (REDANTE, BACKES, SCWARTZ e col., 2005). Os médicos 4, 6, 7 e 9 fizeram comentários sobre a importância da família durante o processo do envelhecimento e do adoecimento.

Ter programas mais educativos, para as famílias, para as pessoas que cuidam, pra saber da importância do idoso como ser humano, como pessoa vulnerável, carente, né? (4)

Eu acho que o principal que eu consegui perceber nesse pouco tempo a ainda por que quatro meses não é nada, para a gente conhecer essa rotina. Eu acho que é o descaso familiar, sabe? (6)

A pessoa que cuidava dele a filha, a nora, um filho e eles só queriam o dinheiro da aposentadoria. Inclusive, eles estavam recebendo esse dinheiro, e nada e a para ele. (6)

Às vezes os pacientes de 70 ou 80 anos de idade, eu digo que venha alguém da família, mas às vezes eles não querem vir, às vezes o neto não vem. Então a maior dificuldade é a gente explicar para eles como é que toma medicação, porque às vezes eles não entendem, então tem esse problema, por falta da família e da assistência, de acompanhar, tanto para vir para consulta quanto medicar. (7)

E o idoso é do mesmo jeito, não adianta às vezes eu querer passar milhões de tratamentos, e ficar preocupando com certas condutas que eu deveria estar fazendo com aquele idoso, se a família não deixa. (9)

Por exemplo, eu tenho um idoso com 101 anos de idade ele é uma figura porque até hoje ele fuma e aí de você não der o cigarro dele, né, ele fica muito bravo mesmo. Ele é DPOC. Eu não sei como ele com 101 anos, DPOC, permanece relativamente bem, mas quando eu consegui uma coleta domiciliar para fazer uns exames laboratoriais justamente ver isso, uma hemograma, uma função renal, colesterol, coisas simples, glicemia; o familiar disse não. Não precisa não. Ele já tem 100 anos não precisa de nada não. Mas quando aparece uma infecção respiratória, ficam loucos, aí eles dizem: doutora venha, venha. Aí eu prescrevo remédio. (9)

Ele passa às vezes até dois meses sem banho. Dá um trabalho tremendo, mas no dia que eu consegui para ele fazer um exame, o familiar não quis. (9)

Tem alguns pacientes que o familiar vem junto, tem um que as sobrinhas são exemplares. Tem outros, 99%, que vem só. (9)

A velhice constitui o último período da vida e é temida por muitos pela existência da possibilidade da perda da consciência e da possibilidade do desaparecimento do indivíduo (DEBERT, 2006). Os médicos 5 e 6 falaram de morte ao se referirem a velhice.

Quando ela começa a falar nisso aí, eu digo vamos mudar de assunto, mas esse é um assunto que a gente tem que encarar com realidade, por mais frio que seja, a gente tem que ser realista. Todo mundo um dia vai morrer, então a gente não vai ficar aqui pra semente. A gente tem que estar preparado pra vida e também pra morte. (5)

A única coisa que eu fico pensando é na morte, mas eu procuro encarar com realidade. (5)

E aí a gente vê isso neles, essa tristeza com essa desmotivação com medo da morte. (6)

Ele tem tanto medo de morrer que ele resolveu não fazer insulina porque a mulher dele pode matar ele. (6)

O sentimento do corpo e as ambiguidades na coexistência de diferentes visões sobre o envelhecimento pode reproduzir preconceitos quanto à velhice (MOTTA, A.B., 2002). A médica 6 citou a dificuldade de sentir-se envelhecendo.

Não é fácil a gente se deparar com a velhice. Não é fácil a gente si perceber envelhecendo. (6)

Os médicos 2, 4, 5, 6 e 9 falaram de experiências de vida correlacionadas à velhice. O médico 2 falou de sua experiência com a morte. Os médicos 4, 5 e 9 falaram de sintomas e limitações manifestadas sob influência do tempo. A médica 6 falou do mito vinculado à vacinação dos idosos e sobre violência de caráter financeiro sofrido por uma idosa em sua comunidade.

Eu sou jovem. Até por que há dois anos atrás eu faleci numa parada cardiorespiratória. Passei vinte e três dias em coma. Restaurei e nasci outro homem. Eu tinha apnéia do sono, e nessa apnéia parou mesmo, aí deu sepsemia, deu pneumonia e eu passei vinte e três dias entubado. Primeiramente eu sempre digo, eu sou um pneu velho com a câmara de ar nova, eu sou velho por fora e bem novinho por dentro. Minha mente é de um adolescente, é equivalente a sua mente, a minha. Nasci de novo e me sinto jovem mesmo. (2)

Quando eu entrei no PSF eu comecei a sentir algumas coisas, por exemplo, palpitações que eu não sentia, né? É, enxaqueca, dor na coluna que eu não sabia o que era isso. Eu ficava admirada como quanta gente jovem chegando com dor nas costas, dor nas pernas e dor nos ossos e de repente eu comecei a sentir também isso que eu sei que é do trabalho e também das coisas da idade, né? E desse trabalho que a gente não tem tempo de fazer com o nosso corpo. Então coisas que eu achava bem distante de mim, eu já comecei a sentir. (4)

Quando eu tinha um problema de vista, eu sou diabético, eu tinha uma retinopatia diabética, aí eu fiquei assim praticamente parado. Eu trabalhava porque minha esposa me levava lá, eu trabalhava só no PSF mesmo, eu não trabalhava mais em canto nenhum e aí eu fiquei quatro anos assim pra esse tratamento. Foi quando eu comecei a pensar na velhice e eu comecei a pensar assim como é que eu vou fazer pra eu continuar e como é, como é que eu vou continuar trabalhando pra sustentar os meus filhos. Aí eu comecei a retroagir em termo de longevidade. Eu achei que dali pra frente eu não ia mais ter aquele gás, aquela força de trabalho. Eu achei que ia regredir. Aquilo parece que atingiu a minha mente. Meu subconsciente ficou, como se

diz, meio perturbado, aí eu comecei a parar no tempo, tanto é que eu esquecia das coisas entendeu? Minha esposa falava comigo e eu não me lembrava das coisas. (5)

Eu percebi que eu não conseguia mais emagrecer com a facilidade que eu emagrecia quando eu tinha dezesseis anos. Lógico que eu estou falando em vaidade. Mas não é só uma questão de vaidade. Pela vaidade eu percebi que o corpo não respondia como antigamente e hoje eu não posso dizer que eu, que eu percebo um envelhecimento do meu corpo. (9)

Nós percebemos que eles perderam a confiança dos profissionais, por conta de um agente de saúde que agiu de má-fé, enganou muitos velhinhos e ficou com o dinheiro da aposentadoria. (6)

Eu fiquei sabendo que eles informavam aos agentes que eles não queriam tomar a vacina porque o governo queria matar eles. Acabar de vez com os velhos, não sei de onde eles tiraram isso. Mais existe isso. Infelizmente. (6)

A referência sobre dificuldade para se deslocar, limitações surgidas durante o processo do envelhecimento, solidão, abandono, não adequação ao mundo globalizado, rebeldia, resistência a adesão às condutas de saúde sugeridas, morte, dificuldade de sentir-se envelhecendo e violência foram lembradas pelos entrevistados ao falar sobre envelhecimento, demonstrando assim a representação social da associação da velhice a eventos negativos no percurso da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das diferenças encontradas entre os sujeitos quanto a sexo, idade, tempo de atuação na atenção primária e formação, as representações sociais sobre atenção à saúde do idoso na ESF reforçaram a influência das suas práticas profissionais e da formação na qual eles foram qualificados. O idoso ora era visto como um hipertenso, diabético ou portador de alguma outra doença crônica, ora como um paciente que necessita de conversa, ora como rebelde e ora comparado a uma criança.

O atendimento médico fornecido a essa parcela da população encontrava-se centrado na presença ou não das doenças crônicas principalmente a HAS e a DM. As atividades coletivas não foram reconhecidas como essenciais ou importantes e não são valorizadas como a consulta ambulatorial que constituiu a ação principal desses profissionais. A visita domiciliar foi representada como uma consulta ambulatorial descentralizada.

O discurso da educação na promoção de saúde encontra-se carregado de imposição de saberes. Os médicos assim determinaram o que era ideal quanto à alimentação e exercícios físicos e não se percebe a abordagem centrada na cultura local. Em nenhuma fala continha temas como tabagismo, alcoolismo, uso de benzodiazepínicos, alterações do sono, que podem estar presentes no processo do envelhecimento e que influenciam na saúde dos idosos.

O conceito de saúde dos entrevistados encontra-se centrado na presença ou não de doenças como a HAS, DM, osteoporose, artrose e Alzheimer. Os problemas dos idosos percebidos por eles guardam relação com essas doenças e assim problemas sócio-econômicos não são identificados como principais. Devido ao fato de o modelo da abordagem do idoso ser biomédico, eles acabaram percebendo dificuldades quanto à solicitação de exames ou escassez no fornecimento de medicamentos aos idosos; portanto, o serviço de atenção à saúde acabou se tornando um serviço de atenção à doença.

Todos os entrevistados fizeram algum tipo de crítica ao serviço de saúde em questão. Foram citados os pacientes problemáticos, problemas em relação à ESF em si, o preconceito em trabalhar nessa estratégia de saúde, a falta de investimento neste setor e dificuldade de transporte para realizar visita domiciliar, o grande número de consultas por dia, o grande número de pessoas vinculadas a sua equipe, a falta de alguns medicamentos,

dificuldades em marcação de exames, a estrutura precária da unidade de saúde e a dificuldade na referência do serviço de atenção secundária à saúde local.

As dificuldades relacionadas à gestão e ao serviço em si foram bem definidas e bastante exemplificadas. No entanto, ao se fazer uma auto-avaliação de suas ações, os médicos parecem considerá-las positivas. A satisfação em atender o idoso se encontrava relacionada à passividade agradecida dos idosos ao serem atendidos.

A avaliação multidimensional do idoso, que deveria ser aplicada pelos profissionais, não era utilizada por nenhum deles. Itens importantes da avaliação global da saúde do idoso, como visão, audição, atividades de vida diária, memória, risco de quedas, não foram citados por nenhum dos entrevistados. Assim, pode-se afirmar que uma avaliação preventiva de detecção precoce de agravos que podem acometer os idosos não é realizada. No entanto, nem todos identificaram a necessidade de capacitação para atender adequadamente o idoso e abordar o envelhecimento.

A ação multiprofissional na ESF, com a participação de várias categorias de profissionais da saúde, como agentes comunitários da saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, dentista, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, educador físico, farmacêutico, faz-se bastante necessário para a obtenção de bons resultados, principalmente quando se fala em saúde do idoso. Esta ação de vários profissionais foi citada como importante pelos entrevistados; porém, se percebe um distanciamento das ações dos outros profissionais e das ações dos médicos. Não existe um trabalho de equipe; existem funções distintas destinadas a cada tipo de profissional, sendo executada de forma independente.

A família constitui o meio no qual o idoso encontra-se geralmente inserido. Em muitas situações na velhice, será a família a principal responsável pela conduta e resposta do idoso a determinado agravo. A importância da família durante o processo do envelhecimento e do adoecimento foi percebido em menos da metade das falas. Ao se falar em velhice, destacaram-se nas falas as limitações e dificuldade de deslocamento do idoso vinculada à idade, à solidão e ao abandono, à não adequação dos idosos ao mundo globalizado, à rebeldia de alguns idosos, à dificuldade de adesão às condutas de saúde sugeridas, à violência sofrida por alguns deles e à morte.

A abordagem do serviço de saúde centrado na doença e na consulta ambulatorial – privilegiando as doenças crônicas comuns na velhice –, a não participação em ações com outros profissionais da saúde, a não utilização da avaliação multidimensional do idoso, a pouca valorização da família no processo do envelhecimento e uma visão negativa da

velhice foram as principais características das concepções dos médicos entrevistados percebidas neste estudo.

Percebeu-se uma boa identificação dos entrevistados em relação à atenção à saúde do idoso; no entanto, na prática, o acompanhamento de idosos em Juazeiro do Norte pelos médicos precisa de capacitação profissional e mudanças organizacionais da equipe da ESF para assim se tornar adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, W.L.; MCILVAIN, H.E.; LACY, N.L.; MAGSI, H.; CRABTTREE, B.F.; YENNY, S.K.; SITORIUS, M.A. Primary care for elderly people: why do doctors find it so hard? **The Gerontologist**, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12451165>> Acesso em setembro de 2008.

ALBUQUERQUE, C.M.S.; OLIVEIRA, C.P.F. Saúde e doença: Significações e Perspectivas em mudança. **Revista do ISPV**, n.25, jan. 2002.

ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C.H.C; FONSECA, C.D. A Estratégia de Saúde da Família. In: Duncan, B.B e col. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap.7, p. 88 – 100.

ARAÚJO, M.A.S.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVA, L.B.; BACHION, M.M. Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Aparecida de Goiânia – GO. **Revista da UFG** Goiânia v.5 n.2, dez. 2003.

ARRUDA, A. Teorias das representações sociais e gênero. **Cadernos de Pesquisa** São Paulo n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 528p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. v.12. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei 10741 de 1º. De outubro de 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Produção e Marcadores, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>> Acesso em outubro de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Meta e Evolução de equipes de saúde implantadas. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>> Acesso em agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Criação do **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Portaria GM no. 154. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília – DF, 04 de março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e Manuais Técnicos: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Caderno de Atenção Básica n. 19, Série A. Brasília-DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde.** Portaria GM no. 399. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília – DF, 23 de fevereiro de 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica.** Portaria GM no. 648 de maio de 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria GM no.2.528 de outubro de 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.** Portaria GM no. 249 de abril de 2002.

CARVALHO FILHO, E.T.; KLEIN, E.L.; SOARES, R.R. Medicina preventiva. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 2005. 788p. Cap. 63, p. 687-698.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Listagem completa dos médicos no Brasil. Disponível em <www.portalmédico.org.br> Acesso em out. 2008.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.) Promoção da Saúde: conceito, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DEBERT, G.G. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M.M.L. (org.) **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 4a. edição, 236p. 2006.

DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT. Multidimensional Function Assessment: The Older Americans Resources and Services Methodology. Durham, 1978. Disponível em: <<http://www.geri.duke.edu/service/oars.htm>> Acesso em junho 2008.

FERNANDES, M.G. O cuidado com o idoso no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde** João Pessoa, v. 10, n. 3, p. 253-262, set./dez. 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas S.A. 2002. 175p.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A.; PONTES, M.L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro v. 18, n. 5, P. 1207-1214, set./out. 2002.

GUARESCHI PA. Representações sociais e ideologia. **Revista das Ciências Humanas**. Edição Especial Temática. p.33-46, 2000.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Estimativa da População do Brasil por Sexo e Idade. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: abr. 2007.

JACOB FILHO, W.; MÔNACO, T. A Geriatria no século XXI In: LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. Rio de Janeiro: Roca LTDA, 2006. 1945p. Cap. 423, p. 4248 – 4253.

JODELET D. **Representação Social: Fenômenos, Conceitos e Teoria**. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, 1988.

JODELET D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p. 17-44.

JOINT COMMITTEE ON HIGHER MEDICAL EDUCATION. Higher Medical Training Curriculum for Geriatric Medicine. London: JCHME, 2003. Disponível em: [http://www.jrcptb.org.uk/Specialty/Documents/Geriatric Medicine Curriculum.pdf](http://www.jrcptb.org.uk/Specialty/Documents/Geriatric%20Medicine%20Curriculum.pdf)

KALACHE, A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro v. 23, n. 10, p. 2503-2505, out. 2007.

KILSZTAJAN, S.; ROSSBACH, A.; CAMARA, M.B.; CARMO, M.S.N. **Serviço de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira**. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação de Estudos Populacionais, Ouro Preto, novembro de 2002.

KLOETZEL, O diagnostic clinic: estratégias e táticas. In: Duncan, B.B e col. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600p. Cap.12, p. 131-142.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílio. **Caderno de Saúde Pública** Rio de Janeiro v. 19, n. 3, p. 745-757, jan./jun. 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte e indicadores de condições de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. **Informe Epidemiológico do SUS** Brasília, v. 10, n. 4, p. 147-161, jan. 2002.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro v. 19, n. 3, jun. 2003.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. (org.) **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo, Atheneu, 2004, 226p.

LOPES, F.A.M.; OLIVEIRA, F.A. Aspectos Epidemiológicos de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família, **Textos didáticos** Uberaba, 2004.

MARQUES, J.B.; ROCHA, G.A.B.; GRANJA, H.A.; CAVALCANTE, M.P.V. O serviço de saúde pública em Juazeiro do Norte na visão dos idosos. In: NOBREGA-THERRIEN, S.M.; ALMEIDA, M.I. de; ANDRADE, J.T. **Formação diferenciada: a produção de um grupo de pesquisa**. Fortaleza: Ed.UECE, 345p. Cap.12, p. 235-250, 2009.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**, 21 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MIYATA, D.F.; VAGETTI, G.C.; FANHENI, H.R.; PEREIRA, J.G.; ANDRADE, O.G. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar** Umuarama, v. 9, n. 2, p.135-140, mai./ago. 2005.

MORIGUCHI, Y. Aspectos práticos e objetivos da medicina preventiva em geriatria. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.71, p. 603-608.

MOTTA, A.B. Envelhecimento e Sentimento do corpo. In: MINAYO, M.C.S & COIMBRA JR., C.E.A. (org.) **Antropologia Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Cap. 2, p. 35-50.

MOTTA, L.B da; AGUIAR, A.C de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro v. 12, n. 2, p.363-372, abr. 2007.

MOTTA, L.B. da; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ. **Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro v. 13, n. 4, p.1143-1151, jul./ago. 2008.

NEGRI, L.S.A.; RUY, G.F.; COLLODETTI, J.B.; PINTO, L.F.; SORANZ, D.R. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1033-1046, out./dez. 2004.

OLIVEIRA, F.A.; PELLANDA, L.C. A Consulta Ambulatorial. In: Duncan, B.B e col. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600p. Cap.11, p. 125 – 130.

OLIVEIRA, J.F.; PAIVA, M.S.; VALENTE, C.L.M. Representações sociais de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.473-481, jun. 2006.

OLIVEIRA, M.S.B.S. Representações sociais e sociedades: contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** São Paulo, v. 19, n. 55, p.180-186, jun. 2004.

PACHECO, R.O.; SANTOS, S.S.C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos sobre Envelhecimento** Rio de Janeiro v. 7, n. 2, 2004.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. Necessidade de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro v. 11 n. 3, p. p. 657-667, jul./set. 2006.

PROTTI, S.T.; PALHA, P.F. A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família. **Dissertação de Mestrado** apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2002.

QUEIROZ, M.S. Uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v. 16 n. 2. abr./jun. 2000.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 400p. Cap.7, p. 72-78.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano. São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003.

RAMOS, L.R., GOIHMAN, S. Geographical stratification by socioeconomic status: methodology from a household survey with elderly people in S. Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.23, n.6, p.478-492, dez. 1989.

REDANTE,D; BACKES, D.; SCWARTZ,E.; ZIELKE, K.C.R.; LAGO, S.M. Cuidando o idoso e a família. **Fam. Saúde Desenvolv.** Curitiba, v.7 n.2, p.158-163, mai./ago. 2005.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003.

SÁ, C. P. Representações sociais: O conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J.(org.) **O Conhecimento no Cotidiano** São Paulo: Editora Brasiliense, 1993 p. 19-45.

SANTOS, A.M.O.S.; SERVO, M.L.S. Representações sociais de idosos sobre ações educativas desenvolvidas no Programa de Saúde da Família em Santo Antônio de Jesus – Bahia. **Dissertação de Mestrado** apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade De Feira de Santana, 2006.

SANTOS-FILHO, S.D.; MANOEL, C.V.; SILVA, G.A.; DUARTE, V.S.; RODRIGUES, G.N.; ANDRADE, M.L.; BERNARDO FILHO, M. O interesse científico no estudo do envelhecimento e prevenção em ciências biomédicas. **Rev. Bras. Ciênc. Envelhec. Humano** Passo Fundo, v. 3, n.2, p.70-78, jul./dez. 2006.

SCOTT, R.P. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO, M.C.S & COIMBRA JR.,C.E.A.(org.) **Antropologia Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Cap.5 p. 103-127.

SILVA, M.C.Q. da; ALMEIDA, J.L.T.; LOPES NETO, D. Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica de gestores. **Textos sobre Envelhecimento** Rio de Janeiro, v. 8 n.1 2005.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M.da Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.19 n.3, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução da edição revisada e publicada em inglês, 1998. 2 ed. Brasília, 2004.

TAVARES, M. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, B.B e col. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed, 1600p. 2004 Cap.8, p. 101–106.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G de; VIACAVA, F. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública** v. 20, n. 2, p. 34-48, 2008.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A. & LIMA-COSTA, M.F.F. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.S & COIMBRA JR.,C.E.A.(org.) **Antropologia Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002 Cap. 1 p. 25-35.

UNITED NATIONS Word population prospects: The 2004 revision. Disponível em: HTTP://www.un.org/esa/population/publications/Wrr2003/Word_Population_2004.pdf
Acesso em outubro 2008

VELOZ, M.C.T.; SCHULZE, C.M.N.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica** Porto Alegre v. 12, n. 2, p.479-501, 1999.

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

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública** São Paulo v. 43, n. 3, p. 548-554, mai./jun. 2009.

WHO. Preamble the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 1948. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constituion.pdf> Acesso em outubro de 2008.

APÊNDICE 1.

Formulário de identificação dos médicos que atuam na atenção primária em Juazeiro do Norte

MÉDICO: _____ PSF: _____
END. UBS: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

1. Sexo: 1. M 2. F.
2. Idade: _____ 1. < 30 2. 30-39 3. 40-49 4. 50-59 5. > 60
3. Ano de Formatura: _____
1. >2005 2. 2000-2005 3. 1990-1999 4. 1980-1989 5. < 1979
4. Tempo no PSF atual: _____
1. < 1a 2. 1-3a 3. 3-5a 4. 5-10a 5. >10a
5. Tempo em PSF: _____
1. < 1a 2. 1-3a 3. 3-5a 4. 5-10a 5. >10a
6. Especialidade:
1. nenhuma 2. MFC 3. Pediatria 4. GO 5. CM
6. Cirurgia 7. Outros: _____
7. Residência médica: 1. NÃO 2. SIM _____
8. Especialização: 1. NÃO 2. SIM _____
9. Curso em Geriatria e Gerontologia: 1. NÃO 2. SIM
10. Geriatria ou Gerontologia na graduação: 1. NÃO 2. SIM

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

SERVIÇO DE SAÚDE DO IDOSO NO PSF

11. Existe dia/turno somente para idosos: 1. NÃO 2. SIM _____
12. Existe dia/turno com > freqüência de idosos: 1. NÃO 2. SIM _____
13. Faz visita domiciliar a algum idoso: 1. NÃO 2. SIM _____
14. Idosos têm preferência no atendimento: 1. NÃO 2. SIM _____
15. Sabe quantidade de idosos da área: 1. NÃO 2. SIM _____
16. Esse dado está disponível para equipe: 1. NÃO 2. SIM 3. Não sabe _____
17. Considera idoso a partir de qual idade? _____

11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____

APÊNDICE 2.

Roteiro de entrevista

1. Qual a sua trajetória até chegar ao PSF?
2. Faz alguma atividade com idosos no PSF?
3. Como é pra você trabalhar com idosos?
4. Quais os principais problemas dos idosos em Juazeiro do Norte?
5. O que seria interessante para melhoria da saúde do idoso em sua comunidade?
6. Você se considera capacitado para atuar bem na saúde do idoso no PSF?
7. Você conhece avaliação multidimensional do idoso? Realiza? Como?
8. Em algum momento você percebeu que você estava envelhecendo? Como foi?

APÊNDICE 3.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: **CONCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE JUAZEIRO DO NORTE SOBRE SAÚDE DO IDOSO**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa apreender a concepção dos médicos da atenção primária de Juazeiro do Norte sobre saúde do idoso. A pesquisa será realizada através de entrevistas que serão gravadas e as mesmas seguirão um roteiro de perguntas elaboradas pela pesquisadora. Não há benefício direto para o participante. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Jaciara Bezerra Marques, que pode ser encontrada no endereço Rua José Domingos, 100, bairro Triângulo. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros médicos pesquisados e não será divulgada a identificação de nenhum participante. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Enfatizo o compromisso da pesquisadora em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **CONCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE JUAZEIRO DO NORTE SOBRE SAÚDE DO IDOSO**. Eu discuti com Jaciara Bezerra Marques sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que

minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do médico pesquisado Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste médico para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /