

**As características do cuidar em gerontologia na ótica da equipe multiprofissional do Centro de Referência à Assistência Social do Idoso (CRASI) do município de Montes Claros (MG), Brasil**

*The characteristics of care in gerontology form the viewpoint of the multidisciplinary team of the Centro de Referência à Assistência Social do Idoso (CRASI) the city of Montes Claros (Minas Gerais – Brazil)*

Frederico Marques Andrade  
Tereza Cristina Silva Bretas  
Simone Guimarães Teixeira Souto  
Mirian Alves Faustino Mendes  
João Marcus Oliveira Andrade  
Clara de Cássia Versiani

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo conhecer a visão de uma equipe de saúde sobre o cuidado ao idoso. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa conduzido com profissionais de saúde de um centro de referência em atenção ao idoso no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, sendo as falas analisadas por meio da análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados revelaram que os profissionais atribuem grande importância ao cuidado multiprofissional ao idoso, além de reconhecerem a necessidade do apoio familiar para a melhoria das condições de saúde dos idosos. Concluiu-se que o processo de envelhecimento é encarado como um processo natural e que a participação da família é de importância fundamental para a qualidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso; Atendimento em saúde; Avaliação multidimensional.

**ABSTRACT:** *The aim of this study was to become familiar with the vision of the healthcare team about the care of the elderly. It is a descriptive study with a qualitative approach conducted with healthcare professionals from a referral Center for care of the elderly in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. The data was collected by structured interviews, with the content discussed during the interview being subsequently analyzed using thematic analysis. The results revealed that the professionals attribute great importance to multidisciplinary elderly care, beyond recognizing the need for family support to improve the health of the elderly. The final conclusion was that the aging process is viewed as a natural process and that participation of the family is fundamental for the quality of care.*

**Keywords:** *Helth of the elderly; Health care; Multidimensional assessment.*

## **Introdução**

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. Na realidade brasileira, a população idosa também vem aumentando proporcionalmente e de maneira acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, evidenciando essa realidade, atualmente mais de 12% da população brasileira é considerada idosa. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco (OMS, 1998). Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

O idoso é desta forma classificado quando chega aos 60 anos, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social. Mas o conceito de idade é multidimensional e não é um bom padrão para o desenvolvimento humano. A idade e o processo de envelhecimento apresentam outras proporções e significados que extrapolam as dimensões da idade cronológica (Schneider & Irigaray, 2008).

O envelhecimento contínuo de uma população traz uma série de implicações que afetam, direta ou indiretamente, diferentes esferas de sua organização social, econômica e política. Paralelamente às transformações demográficas, ocorre uma transição epidemiológica que se traduz na substituição das doenças infecciosas e parasitárias, de caráter agudo, pelas doenças não transmissíveis, de caráter crônico-degenerativo.

Essas doenças, antes de representarem um risco de vida, são potenciais ameaças à independência e à autonomia do indivíduo e, é inegável, um motivo de aumento na demanda por serviços de saúde, uma vez que implicam tratamentos de duração mais longa, de recuperação mais lenta e complicada (Tavares, Beck, Silva, Beuter, Prestes & Rocha, 2010).

Este elevado aparecimento de doenças crônico-degenerativas conduzem à necessidade de organizar os serviços de saúde que receberão os pacientes idosos e capacitar os profissionais que o assistirão. Estratégias de capacitação dos profissionais de saúde se tornam essenciais para a realização de um cuidado, visando à promoção, prevenção e a reabilitação (Siqueira, Facchini, Piccini, Tomasi, Thumé, Silveira, Vieira & Hallal, 2007). Essa realidade evidencia uma importante e necessária reflexão sobre os serviços prestados pelos trabalhadores de saúde na busca pela qualidade do atendimento (Tavares *et al.*, 2010).

A Constituição Brasileira de 1988 considera responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o suporte ao idoso, além do fornecimento de subsídios que garantam sua participação na comunidade, a defesa de sua dignidade e bem-estar e a garantia do direito à vida. Ao caracterizar um idoso como saudável, doente e/ou com incapacidade, é indispensável a identificação da situação familiar, ou seja, como se estabelecem as relações intra-familiares e se há um amparo ao idoso. A família é fundamental no papel do cuidador e o apoio familiar é proporcionado pela manifestação de afeto, sentimentos e até no âmbito do auxílio material (Mazza & Lefèvre, 2005; Miguel, Figueira & Nardi, 2010; Moreira & Caldas, 2007).

Perspectivas, em relação ao cuidado ao idoso, apontam que o cuidado familiar é fundamental para o bem-estar e para a sua melhoria funcional. A vontade de encontrar-se junto à família para a manutenção do seu estado de saúde é um fator vital para o sucesso do tratamento; assim, uma preocupação permanente do profissional de saúde (Souza, Rosa & Souza, 2011).

Com base no interesse pessoal dos pesquisadores sobre a temática saúde do idoso e os anseios de desvendar as faces do cuidar deste mesmo ser, este estudo teve como objeto revelar a visão da equipe multiprofissional de saúde do Centro de Referência à Assistência a Saúde do Idoso (CRASI) do município de Montes Claros (MG) sobre o cuidar do idoso e a participação familiar nesta fase da vida.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, uma vez que se utilizou a argumentação dos profissionais para evidenciar os significados diante do processo de cuidar da pessoa idosa e a intencionalidade desses mesmos profissionais ao responderem aos questionamentos sobre a temática saúde do idoso. Entende-se que “a pesquisa qualitativa é baseada na presença ou ausência de alguma qualidade ou característica nas falas e também na classificação de tipos diferentes de dada propriedade” (Marcone & Lakatos, 2006: 148).

Optou-se por um estudo de natureza descritiva ao buscar a definição das características do cuidar em gerontologia nessa população específica, profissionais de saúde atuantes em um centro de referência. O estudo descritivo é um tipo de estudo que fornece aos investigadores a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informação sobre a temática a ser estudada (Demo, 2000).

A equipe multiprofissional que atua diretamente na assistência aos pacientes idosos no Centro de Referência à Assistência a Saúde do Idoso (CRASI) vinculado ao Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), da Universidade Estadual de Montes Claros (MG), é composta por: médico(a)s, enfermeiro(a)s, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Todos esses profissionais foram sujeitos de investigação e fontes de informação sobre o objeto da pesquisa, uma vez que a visão de vários atores do cuidado serve de auxílio à construção de conhecimentos acerca do cuidado da pessoa idosa e todas as suas variáveis a serem acompanhadas durante o processo.

O CRASI é um centro ambulatorial de referência à assistência ao idoso. A sua área de atuação é todo o Norte de Minas Gerais, chamada no estado de região *Macro Norte*. Os idosos são referenciados através do atendimento das Unidades Básicas de Saúde. O atendimento é eletivo e totalmente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram: aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foram informados sobre os objetivos do estudo, a participação voluntária e da garantia do anonimato. Também orientados quanto aos dados por eles informados seriam utilizados para fins científicos, conforme preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Como ferramenta de coleta de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada com roteiro para orientação e guia da interlocução. Foi utilizado como instrumento para registro de dados um gravador digital, utilizado mediante a autorização do profissional, a duração média

das *conversas* foi de 15 minutos. A coleta dos dados foi realizada com todos os 12 profissionais do CRASI, o que representou 100% dos sujeitos que estavam contratados para a prestação de serviços na unidade no mês de maio de 2011.

As entrevistas foram primeiramente ouvidas e transcritas para análise inicial. A técnica utilizada para análise das falas foi a *Análise de Conteúdo*, de Bardin, na modalidade *Análise Temática* (Minayo, 2010). Para esta técnica, utilizaram-se três etapas distintas. Na primeira, *pré-análise*, as falas foram analisadas e relacionadas com o objetivo da pesquisa. Nesta fase, temas centrais foram emergindo. Na segunda etapa, *exploração do material*, ocorreu a busca pelas categorias, que consistiu em um processo de redução das falas às palavras e expressões significativas. Na terceira etapa, *tratamento dos dados obtidos e interpretação*, os resultados brutos foram analisados com o intuito de propor interferências e relações com o quadro teórico desenhado, o que possibilitou abertura para novas interpretações (Minayo, 2010). A partir da técnica, foi possível organizar as falas em eixos temáticos e categorias. As classificações das falas procederam, levando em consideração as repetições ou semelhanças semânticas.

Para preservar a identidade dos entrevistados, os mesmos foram substituídos por letras do alfabeto. O projeto desta pesquisa tramitou nos órgãos competentes, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE, com número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0044.0.445.000-10/SISNEP.

## **Resultados e Discussões**

A amostra da pesquisa teve em sua totalidade doze entrevistados, o que representa todos os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes. A amostra foi composta por toda a equipe multiprofissional do centro de referência, composta pelas categorias profissionais seguintes: enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e assistência social.

### ***O processo de envelhecimento***

O primeiro eixo temático encontrado aborda o processo do envelhecimento. As falas dos profissionais foram divididas em quatro subcategorias: “*perda funcional*”, “*qualidade de vida e isolamento social*”, “*o envelhecimento como um processo individual e multifatorial*” e “*o adoecer no envelhecimento*”.

Na subcategoria “*perda funcional*”, foi percebido que o processo do envelhecimento é entendido como um processo natural, a que todo ser humano irá passar. Neste processo ocorrem mudanças fisiológicas, perdas cognitivas e funcionais. Estas evidências podem ser percebidas nas seguintes falas:

Entrevistado C: “*No meu ponto de vista, o envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida do ser humano, onde tem perdas biológicas, metabólicas quanto também psicossocial que envolve todo esse aparato tanto com o cuidado com o ser humano*”.

Entrevistado A: “*Envelhecimento, ele é inicialmente um processo biológico pelo qual todo ser vivo passa especialmente ser humano, um processo tal como acontece na adolescência, só que a diferença em relação à adolescência obviamente é um processo de perdas; perdas são gradativas, progressivas e imensuráveis que vão conduzir a morte*”.

Entrevistado J: “*O envelhecimento é um processo natural, no qual ocorrem mudanças fisiológicas pelo qual todo ser humano vai passar*”.

O posicionamento teórico dos entrevistados é claramente apreciado pela literatura. Levando em consideração o ponto de vista biológico, o envelhecimento é entendido como um processo dinâmico e progressivo com alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas, comportamentais, cognitivos e sociais ocorrendo, assim, uma interação entre esses fatores que orientam tanto o funcionamento típico quanto atípico do processo do envelhecimento (Combinato, Dalla Vecchia, Lopes, Manoel, Marino, Oliveira & Silva, 2010; Santos, Andrade & Bueno, 2009).

As perdas funcionais dos idosos anunciam uma série de fatores ainda não vivenciados pelos mesmos, o que provoca o medo do envelhecer. Quando esta perda é encarada como um

processo natural, assim inevitável, a primeira consequência do envelhecimento se relaciona com a diminuição das funções sociais. Um ser humano produtivo, ativo e independente enfrenta grandes conflitos psicológicos ao associar o envelhecimento com a perda da sua utilidade para a sociedade. Ao sentir diminuição da sua necessidade social, o mesmo passa a temer esta fase.

No decurso da existência, poucas são as pessoas que vão se instrumentalizando para lidar com as perdas que no envelhecimento emergem. Assim, com o avanço da idade, a aquisição destes meios é vital para uma vida mais tranquila, com menos exposição ao estresse do medo de envelhecer (Farber, 2012). Remetendo ao entendimento dos profissionais de saúde sobre as características desta perda, incube aos mesmos a priorização de planos de cuidados sensíveis a esta situação para uma melhor adaptabilidade ao processo envelhecer com foco no sentimento de *utilidade social*.

Outra consequência que emerge ao analisar as perdas funcionais do envelhecimento se refere ao aumento de riscos aos quais o idoso é exposto. O declínio de funções biológicas e funcionais expõe a riscos em vários ambientes, com destaque para o ambiente domiciliar. O ambiente domiciliar deve ser analisado quanto à potencialidade de causar um dano ao idoso. O ambiente e as funções exercidas em torno desse ambiente devem ser criticados com o propósito de criação de ferramentas de adaptabilidade para a sua utilização.

Os ambientes devem obedecer a um projeto seguro e individualizado. O idoso precisa de estruturas facilitadoras no desenvolvimento de suas atividades, sendo esta fundamental para seu desenvolvimento como sujeito, pois permite que cada indivíduo interaja, isto é, comunique-se com o meio de forma segura (Bessa, Silva, Borges, Moraes & Freitas, 2012).

Ao tratar de perdas funcionais do envelhecimento, emerge e subcategoria “*Qualidade de vida e isolamento social*”. Os depoimentos dos profissionais revelaram que apesar de acreditarem que no envelhecimento há perdas fisiológicas, os mesmos consideram que para ter qualidade de vida é necessária uma adaptação às limitações da idade com uma vida social ativa.

Entrevistado B: “*Envelhecimento é um processo que todos nós deveremos passar, no qual ocorre a modificação de algumas funções do organismo da pessoa, aparecem algumas limitações mas não significa perda da qualidade de vida, o indivíduo pode ter uma qualidade de vida mesmo com a redução de algumas funções que ele tem com o envelhecimento*”.

Entrevistado G: *“É uma fase da vida como qualquer outra só que ela é rodeada de preconceitos de tabus e as pessoas têm receio de chegar nessa fase, por causa dos tabus do envelhecimento, por ser a fase que está mais perto da morte; então a pessoa acha que ela está próxima da morte, de adoecer, eles não vão ter muitas expectativas de vida e acham que está só esperando a morte”.*

Envelhecimento saudável é resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Ramos, 2003). A qualidade de vida do idoso acontece com a interação da capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde. O idoso que usufrui de uma vida socialmente ativa tem níveis mais elevados de qualidade de vida do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos (Carneiro, Clark, Prette & Prette, 2007).

Várias devem ser as tentativas dos cuidadores de idoso ao incentivo e ao monitoramento do ambiente social da pessoa idosa. A busca por atividades interativas devem ser uma constante no ambiente terapêutico do idoso. As políticas de saúde, generalistas e principalmente as voltadas para a pessoa idosa, devem buscar a criação de ambientes de convívio saudável, onde os idosos possam se sentir membros ativos desta comunidade e possam perceber que sua situação se enquadra no contexto social, não sendo um ser diferente e sim integrante da sociedade geral.

Preocupar-se com a interação dos idosos é melhorar a sua qualidade de vida. Implantar espaços e políticas que incentivem tal postura é dever dos Estados na sua função de preservar a qualidade de vida da população.

Neste contexto de integração social, um dos maiores desafios na atenção às pessoas idosas é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2006).

Para os profissionais de saúde, cuidar do idoso significa promover a sua saúde seguindo um cuidado integral e não se centrar apenas na patologia, mas, sim, reduzir os riscos previsíveis e possibilitar uma melhora na qualidade de vida (Mazza & Lefèvre, 2005).

Toda a mudança na abordagem da saúde do idoso afronta-se com um contexto cultural de resistência e desvalorização. As políticas de saúde do idoso e os profissionais que ingressam esta categoria do cuidado devem encarar a mudança como um processo lento e contínuo. São processos ainda não enraizados na nossa cultura, processos que dependem de uma política permanente de trabalho na sociedade. Estas políticas devem contemplar não somente a acessibilidade do idoso e a segurança do seu convívio, mas uma abordagem social da importância da pessoa idosa para a sociedade, enfatizando este contexto em todos os níveis e em todas as faixas etárias da população.

Aos gestores dos sistemas de saúde, nota-se a importância de discussões locais sobre todo o preparo da sociedade em relação ao cuidar da pessoa idosa, revelando que todas as abordagens devem ser contempladas para construção de medidas verdadeiramente significativas na obtenção de resultados de excelência.

Na subcategoria “*o envelhecimento como processo individual e multifatorial*”, os entrevistados relataram que cada ser humano tem sua característica individual no envelhecimento e esta é determinada por vários fatores. A fala a seguir exemplifica tal evidência:

Entrevistado F: “*Cada pessoa envelhece de uma forma que é determinado por fatores sociais, fatores econômicos, então é uma perda mais de capacidade de adaptação ao ambiente, às questões sociais; eu acho que envelhecimento é isso é essa perda física, cognitiva, mas que não traz uma perda da funcionalidade não vai ter dependente é uma perda física e cognitiva, porém que não traz ao idoso uma perda da funcionalidade e dependência*”.

Assim como demonstrado na fala anterior, a literatura mostra que o envelhecimento não é um processo unicausal, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo nem está associado à existência de uma doença. Existem múltiplos fatores associados no processo de envelhecimento, fatores moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais. Estes interagem e regulam tanto o funcionamento típico quanto o atípico do indivíduo que envelhece (Santos *et al.* 2009).

Preocupar-se com a coletividade de sintomas e de fatores na consulta ao idoso é uma característica determinante das práticas de saúde que lidam com este paciente tão especial. Essas características remetem a uma profissionalização específica do profissional que se coloca como *cuidador de idoso*. O idoso precisa ser tratado como um ser único; a valorização desta característica deve ser transferida também para sua abordagem.

Ressalta-se que esta avaliação multidimensional se atenta para as necessidades individuais do idoso diante do leque de investigação realizado no mesmo. A adoção do protocolo de atendimento facilita o processo de cuidar, sua revisão e discussão pela equipe de saúde; propiciam uma excelência no atendimento devido à busca permanente pela qualidade do serviço.

Inserido no contexto da dimensão do cuidado à pessoa idosa, emerge a necessidade de grupos de trabalho multiprofissionais. A abordagem multiprofissional acarreta uma investigação de maiores fatores de risco e os consequentes significados e mais impactantes para a determinação do estado de saúde deste tipo específico de paciente.

A construção coletiva de planos de tratamento deve contemplar os vários atores de profissionais de saúde; a busca pela interdisciplinaridade também deve aflorar em abordagens clínicas da pessoa idosa.

Uma abordagem de destaque na consulta ao idoso e que propicia a avaliação de toda a gama de fatores que determinam o seu estado de saúde é a avaliação multidimensional no idoso. Um instrumento de avaliação para idosos que aborde todas as suas dimensões pode fornecer informações significativas para centrar as intervenções individuais e promover estratégias mais adequadas de intervenção nesse grupo populacional (Rodrigues, 2008).

A subcategoria “*o adoecer no envelhecimento*” mostra a relação do envelhecimento com a doença na visão dos profissionais. Evidencia também a convergência de conhecimento dos entrevistados com a literatura;

Entrevistado D: “*O envelhecimento tem a questão do envelhecer e da questão do adoecer; muita gente pensa que o envelhecimento é o adoecimento e isso é uma questão pouco equivocada, porque a gente tem que envelhecer saudável; que há o desgaste do organismo com o tempo de atuação de vários fatores de risco que fazem com que as células dos órgãos fiquem desgastadas*”.

Entrevistado L: “*O envelhecimento é um processo natural; muitas pessoas acham que envelhecimento é estar doente e ter algum tipo de doença; e não é isso; são alterações que ocorrem no organismo do indivíduo, mas são alterações próprias do envelhecimento*”.

O envelhecimento caracteriza-se como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, em condições normais, não costumando provocar qualquer problema. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo. Dois grandes erros devem ser continuamente evitados: considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários (BRASIL, 2006).

O incentivo à adoção de novos valores e de um novo padrão de vida deve ser abordado no tratamento da pessoa idosa. O atendimento deve se pautar na investigação de estados excessivos de limitação, considerando uma limitação esperada, e na adaptabilidade do estilo e da rotina de vida com base nestes novos padrões encontrados. Ressalta-se que esta preocupação deve ser verificada em todos os ambientes que cercam a pessoa idosa, seu domicílio, seu trabalho e seu ambiente social.

Acrescenta-se que o ser humano não sabe como administrar a velhice e não tem certeza se realmente a almeja, pois ela sempre vem associada à ideia de doença, que é um conceito carregado pela dor, pela dependência e, principalmente, pela vergonha da fragilidade, que atinge uma esfera individual na qual o indivíduo se sente solitário diante da trajetória que precisa trilhar nesta fase da vida (Carneiro *et al.*, 2007).

Saber reconhecer estes consequentes resultados do processo de envelhecimento é abordar com qualidade o processo de avaliação e, de maneira segura, garantir um atendimento efetivo na sustentação da sua qualidade de vida, limitada as suas condições naturais.

### ***Sentimento a respeito do cuidar de um idoso***

O segundo eixo temático mostra o sentimento a respeito do cuidar de um idoso. Este eixo foi dividido em duas subcategorias: “*valorização profissional*” e “*vínculo*”.

Na subcategoria, “*valorização profissional*”, foi observado que o reconhecimento, por parte do idoso, é a maior recompensa ao trabalho desempenhado pelo profissional, que também podemos identificar nas falas:

Entrevistado H: “*Primeiro que o reconhecimento é muito dele, é muito humano, eles saem falam ‘obrigado’, ‘bom dia’, ‘Deus te proteja’; então você vê que, para eles, o esclarecimento que para eles que tiveram uma vida toda para obter essas informações, e numa avaliação de 40 a 50 minutos eu venho a acrescentar alguma coisa; você vê a satisfação muito grande passar uma vida inteira para vê isso e em 40 minutos essa menina me passou*”.

Entrevistado D: “*Eu gosto muito, quando estou atendendo idoso, porque são pessoas que precisam um pouco mais de atenção e paciência e saber lidar com idoso eu acho muito gratificante que no final o idoso ele é muito mais grato pelo o que você faz; ele acaba valorizando mais o seu trabalho*”.

Entrevistado M: “*Eu sempre pensava que nunca ia trabalhar com idoso e me surpreendi, estou apaixonada, vai fazer 2 anos que estou, hoje eu não me vejo fazendo outra coisa*”.

Entrevistado J: “*Bastante gratificante, você saber que de alguma forma está contribuindo para aquele idoso; enfim pelo menos ele tem consciência daquilo que é direito dele. Eu gosto muito de trabalhar com idosos, aprendo muito, aprendo todos os dias, estou há 1 ano e 3 meses, aprendi muita coisa e tenho muito a aprender, é muito bom*”.

Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde no Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, observou-se que o prazer no cuidado ao idoso provém de um carinho especial, da expressão de sentimentos, da afetividade, solidariedade, da valorização profissional que esses idosos têm, e a gratificação de todos os profissionais por contribuir para uma melhoria na qualidade de vida do idoso (Tavares *et al.*, 2010).

Dentro das escalas que abordam as necessidades básicas do ser humano, com destaque para Maslow, um dos pontos de destaque é o reconhecimento social do trabalho. O sentir-se útil é fundamental para a motivação humana na prestação de serviço. Na área da saúde, este reconhecimento é fundamental para o profissional. A busca pelo reconhecimento e pela

valorização do trabalho é um ponto primordial para a qualidade de vida no trabalho destes profissionais de saúde.

Devido à proximidade desenvolvida durante a relação profissional-paciente, particularmente no cuidado do paciente idoso, as relações se tornam mais estreitas, o que possibilita um relacionamento informal no momento da consulta ou do tratamento ao idoso, propiciando momento de trocas de informações importantíssimas e um sentimento de gratidão e respeito muito forte.

Uma reflexão nasce a partir da descoberta deste dado. De um lado, temos um profissional de saúde ofertado por uma gama de carinhos e reconhecimento e, do outro, temos um cliente que necessita de todas estas características para se sentir útil e ter sua qualidade de vida recuperada ou preservada.

Os pacientes idosos, em sua grande maioria, reconhecem a atenção prestada no cuidado, reagindo positivamente à dedicação dos profissionais de saúde (Benincá *et al.*, 2005). Este reconhecimento propicia um melhor envolvimento e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida no trabalho para os profissionais que ingressam neste tipo especial de clientela.

Adentrar na prestação de serviços de saúde, assim, pode ser considerado um grande estimulante profissional para um trabalho de qualidade. Um momento único do profissional para sua autorrealização.

Na subcategoria “vínculo”, foi possível observar que, quando os idosos contam, durante a consulta, suas histórias de vida mais marcantes, os profissionais acabam se sensibilizando com maior frequência, o que gera uma maior conexão entre paciente e profissional. Os profissionais de saúde tentam, de alguma forma, ajudar esse idoso para uma melhora no seu desenvolvimento e sua qualidade de vida nestas situações.

*Entrevistado J: “O meu sentimento é de alguma forma está contribuindo para que esse idoso tenha acesso a tudo o que é compreendido como direito dele. A gente também não consegue separar o lado humano do profissional; claro, tem o lado humano, várias das histórias que passam aqui me sensibilizam de forma tamanha; acontece que a gente tem que deixar aqui no consultório, mas acaba levando para casa mesmo, e fica dias e dias pensando naquilo”.*

O vínculo criado com o paciente favorece uma melhor adesão ao tratamento e sua participação durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (Schimith & Lima, 2004).

Proporcionar espaços e atividades que desenvolvam a autonomia do idoso é fundamental para a qualidade do seu atendimento.

Os espaços devem buscar investigar as potencialidades dos idosos para retornarem àquele sentimento de independência. A independência social, física e financeira é um fator que contribui diretamente para o bem-estar da pessoa idosa. O tratamento deve ser investigador e transformador de condições que contribuam para esse estado.

O profissional para exercer o cuidado, precisa observar o outro como se apresenta nos seus gestos e falas, durante suas dores e limitações, pois através da situação de cada patologia é possível perceber uma história de vida (Baggio, 2006).

O vínculo entre cliente e profissional é a base de sustentação das consultas e do tratamento bem-sucedido ao idoso. Vínculo também implica em responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal.

O estreitamento das relações e o conseqüente surgimento do vínculo propiciam uma qualidade de atendimento que impacta na adesão ao tratamento, no tempo do tratamento e na potencialidade do tratamento ao idoso.

### ***O papel da família na saúde do idoso***

O terceiro eixo temático mostra qual o papel da família na saúde do idoso. As falas trazem a família como peça fundamental na saúde do idoso, como suporte, apoio ao tratamento e companhia:

Entrevistado A: *“Extremamente importante principalmente no idoso que tem limitação funcional, déficit cognitivo; e mesmo que seja um idoso que não tenha nenhum déficit cognitivo, que não tenha nenhuma limitação mesmo que saiba definir sua medicação, fazer uso da medicação; ainda assim a*

*família é importante no sentido de suporte especial, emocional; então a família é de extrema importância no cuidar do idoso”.*

Entrevistado D: *“Família tem um papel muito importante na saúde do idoso, porque muitas vezes o idoso quando tem alguma patologia, uma incapacidade, a família vai ser de tal importância porque eles vão fazer todo esse cuidado com idoso”.*

Entrevistado F: *“A gente atende só um momento... então a família tem esse papel de manter esses cuidados que a gente orienta para ele; eu acho que a maior importância está aí porque ele lida diretamente com o paciente, está ali todo dia; então ela tem a maior capacidade de estar ajudando esse idoso a se manter funcional”.*

Entrevistado C: *“O papel da família é fundamental; idoso que chega aqui sem o acompanhamento da família, sem esse aparato, ou mesmo o cuidado, a gente percebe que a dificuldade é de aderência de tratamento, aderência que é de cuidado ambiental; o acompanhamento é fundamental, o idoso frágil e o idoso isolado são critérios assim para tudo para depressão, para alteração nutricional; então aquele idoso que não tem esse aparato familiar ou mesmo de um cuidador que não é da família, ele é realmente um forte candidato a se tornar realmente um idoso frágil”.*

No cuidado ao idoso, a família é de fundamental importância; ela age como suporte para o idoso na adesão ao tratamento, visto que o ambiente familiar é indispensável à garantia da sobrevivência, de desenvolvimento e da proteção integral ao idoso, além de proporcionar o apoio afetivo e, sobretudo, os materiais necessários ao bem-estar. É na família que são aspirados os valores éticos e humanitários, e onde se fortalecem os laços de solidariedade e os valores culturais (Lima, Lopes & Araújo, 2001).

Ressalta-se que um ponto fundamental para a investigação da família está presente no seu primeiro contato no serviço de saúde. O acompanhamento, ou a ausência do mesmo, que é evidenciado no primeiro contato do idoso com o serviço, dita muito que significância representa o idoso para sua família. Investigar as relações presentes na família e visualizar o papel do idoso nesse contexto é uma preocupação do profissional da saúde na assistência ao paciente idoso.

A família pode ser considerada como um apoio, uma proteção ao idoso sendo o ambiente familiar o melhor espaço para realização do cuidado (Tier, Fontana & Soares, 2004). Os planos de tratamento ao idoso devem propiciar segurança e momento de desenvolvimento dentro do ambiente doméstico.

Uma grande preocupação do profissional é a execução correta dos planos de cuidado, uma vez que no ambiente domiciliar a presença de um profissional especializado é reduzida ou até extinta.

Dentro desse contexto de cuidado, um importante papel é o de educador dos cuidadores domiciliares. O cuidador deve ser capacitado para uma execução segura e efetiva dos cuidados prescritos aos idosos.

Toda a família tem uma história, dentro da qual é estabelecido um nível de relacionamento com o ambiente, modificando-o e sendo modificado por ele. Entretanto, levadas em conta razões circunstanciais, a família tem várias possibilidades de encontrar soluções e vários caminhos para seguir a fim de atingir seus objetivos.

As pessoas que não compõem o grupo familiar, mas que com ele mantêm algum tipo de relação são fontes de enriquecimento, de sustento em caso de dificuldades e, às vezes, até de conflitos, sendo possível a utilização desses recursos como forma de aumentar suas potencialidades (Lima *et al.*, 2001). Outro fator importante para o sucesso de um tratamento está no intercâmbio das redes de saúde. Um bom serviço de saúde deve buscar comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde para a garantia da prestação de serviço.

Os serviços de atenção básica devem dar o suporte, em ações primárias, ao plano de tratamento ao paciente idoso. Como conhecedor da realidade da família do idoso, este serviço, deve ser parceiro na implantação do plano e intermediador nas intercorrências e encaminhamentos.

### **Considerações Finais**

Pode-se perceber que a longevidade tornou-se uma questão mais instigante, tornando-se um grande desafio para a saúde pública, havendo necessidade de os serviços de saúde e dos profissionais buscarem características especiais para a abordagem à saúde da pessoa idosa.

De acordo com os relatos dos profissionais, o processo do envelhecimento é visto como um processo natural pelo qual todo o ser humano vai passar, embora cada indivíduo

disponha de uma individualidade no seu envelhecimento, e este tem que ser vivenciado com qualidade de vida, derrubando preconceitos que a sociedade estabelece entre envelhecer e adoecer. Ao avaliar o sentimento ao cuidar do idoso, todos demonstraram grande realização profissional e pessoal. A participação familiar foi compreendida como essencial tanto no cuidado, na continuidade do tratamento, quanto nas relações sociais, na reabilitação, contribuindo, assim, para a qualidade de vida.

Uma abordagem importante e percebida foi em relação ao vínculo criado entre os profissionais e os clientes idosos. Este vínculo é de suma importância para a consulta e para a abordagem dos clientes. A satisfação em relação ao trabalhar com esta clientela foi evidenciada e pode ser um forte aliado na busca constante pela excelência do atendimento.

Dessa forma, a manutenção das ações, acompanhadas de um aprimoramento contínuo, tornam-se vitais para a qualidade do atendimento, visto que os sujeitos do estudo, nesta linha de tempo, mostraram-se bastante motivados e satisfeitos com o atendimento prestados no Centro.

## Referências

- Baggio, M.A. (2006). O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(1): 09-16.
- Benincá, C.R.; Fernandez, M. & Grumann, C. (2005). Cuidado e morte do idoso no hospital: vivência da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira Ciência e Envelhecimento Humano*, 11(2): 17-29.
- Bessa, M.E.P.; Silva, M.J.; Borges, C.L.; Moraes, G.L.A. & Freitas, C.A.S.L. (2012). Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. *Acta Paulista de Enfermagem*, 0(0): 0-0.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2010). *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília.
- Carneiro, R.S.; Clark, E.F.C.; Prette, Z.D. & Prette, A.D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2): 229-37.
- Combinato, D.S.; Dalla Vecchia, M.; Lopes, E.G.; Manoel, R.A.; Marino, H.D., Oliveira, A. C. S., & Silva, K.F. (2010). Grupos de Conversa: saúde da pessoa idosa na estratégia da saúde da família. *Psicologia & Sociedade*, 22(3): 558-68.
- Demo, P. (2000). *Metodologia do Conhecimento*. São Paulo: Atlas.

- Farber, S.S. (2012). Envelhecimento e elaboração das perdas. *A terceira idade, estudos sobre envelhecimento*. 22(53): 7-17.
- Lima, F.E.T.; Lopes, M.V.O. & Araújo, T.L. (2001). A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 3(1): 63-9.
- Marcone, M.A. & Lakatos, E.M. (2006) *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnica de pesquisa, análise e interpretação de dados*. (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Mazza, M.M.P.R. & Lefevre, F. (2005). Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1): 1-10.
- Miguel, M.E.G.B.; Figueira, M.O. & Nardi, E.F.R. (2010). Perfil dos cuidadores familiares de idosos dependentes de uma unidade básica de saúde. *Revista Fapciência*. 6(14): 118-27.
- Minayo, M.C.S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Moreira, M.D. & Caldas, C.P. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(3): 520-5.
- Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública*, 19(3): 793-8. São Paulo (SP).
- Rodrigues R.M.C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2): 109-15.
- Santos, F.H.A.; Andrade, V.M. & Bueno, O.F.A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*. 14(1): 3-10.
- Schimith, M.D. & Lima, M.A.D.S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, 20(6): 1487-94.
- Schneider, R.H. & Irigaray, T.Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4): 585-93.
- Siqueira, F.V.; Facchini, L.A.; Piccini, R.X.; Tomasi, E.; Thumé, E.; Silveira, D.S.; Vieira, V. & Hallal, P.C. (2007). Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*. 41(5): 749-56.
- Souza, D.M.; Rosa, D.O.S. & Souza, M.M. (2011). Representações do Idoso Asilado sobre os Cuidados da Família. *Revista Temática Kairós Gerontologia*. 14(3): 149-65.
- Tavares, J.P.; Beck, C.L.C.; Silva, R.M.; Beuter, M.; Prestes, F.C. & Rocha, L. (2010). Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 14(2): 253-9.
- Tier, C.G.; Fontana, R.T & Soares, N.V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(3): 332-5.

Recebido em 03/12/2011

Aceito em 30/12//2011

---

**Frederico Marques Andrade** - Enfermeiro. Especialista em Gestão Hospitalar. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Faculdades Santo Agostinho (Montes Claros, MG) e Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE).

E-mail: fredymarques@yahoo.com.br

**Tereza Cristina Silva Bretas** - Enfermeira. Especialista em Acupuntura. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

E-mail: cabel@ig.com.br

**Simone Guimarães Teixeira Souto** - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

E-mail: simonegts28@yahoo.com.br

**Mirian Alves Faustino Mendes** - Enfermeira. Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário Clemente de Faria. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

E-mail: mirianhucf@gmail.com

**João Marcus Oliveira Andrade** - Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho (Montes Claros, MG).

E-mail: joao\_marcus13@hotmail.com

**Clara de Cássia Versiani** - Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

E-mail: claraversiani@bol.com.br