



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Ceilândia - FCE

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

Sandra Araújo de França

Os sentidos produzidos na interação entre os profissionais de saúde da
Atenção Básica e as pessoas idosas, no tocante ao uso adequado de
medicamentos

Brasília/DF 2014

Sandra Araújo de França

Os sentidos produzidos na interação entre os profissionais de saúde da
Atenção Básica e as pessoas idosas, no tocante ao uso adequado de
medicamentos

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para
obtenção do Título de Mestre em Ciências e Tecnologia em
Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e
Tecnologia em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade
de Brasília.

Área de concentração: Estratégias Interdisciplinares em
Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de pesquisa: Saúde, educação, ambiente e trabalho
Orientador: Prof. Dr. Oviomar Flores

Brasília/DF, 2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1015009.

F814s França, Sandra Araújo de.
Os sentidos produzidos na interação entre os profissionais de saúde da Atenção Básica e as pessoas idosas, no tocante ao uso adequado de medicamentos / Sandra Araújo de França. -- 2014.
119 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde, 2014.
Inclui bibliografia.
Orientação: Oviramar Flores.

1. Idosos - Cuidado e tratamento. 2. Medicamentos - Administração. 3. Pessoal da área médica. I. Flores, Oviramar. II. Título.

CDU 614-053.9

Sandra Araújo de França

Os sentidos produzidos na interação entre os profissionais de saúde da
Atenção Básica e as pessoas idosas, no tocante ao uso adequado de
medicamentos

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para
obtenção do Título de Mestre em Ciências e Tecnologia em
Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e
Tecnologia em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade
de Brasília.

Área de concentração: Estratégias Interdisciplinares em
Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de pesquisa: Saúde, educação, ambiente e trabalho

Orientador: Prof. Dr. Oviomar Flores

APROVADA EM: 28/02/2014

BANCA EXAMINADORA

1º Membro (presidente) Prof. Dr. Oviomar Flores
Instituição: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília

2º Membro Prof.^a Dra. Clelia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Instituição: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília

3º Membro Prof.^a Dra. Emília Vitória da Silva
Instituição: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília

4º Membro Prof.^a Dra. Ruth Losada de Menezes
Instituição: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília

Dedico este trabalho...

Primeiramente a Deus, a minha família, em especial minha mãe, amigas, colegas de trabalho e o meu orientador Oviomar pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade, pois sem eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Às Prof.^a Antonia de Jesús Angulo Tuesta e a Prof.^a Josenaida Engracia dos Santos pelo incentivo e contribuição para elaboração do projeto da dissertação para o ingresso no processo seletivo de mestrado.

À Coordenadora Geral da Regional de Saúde Lucimar Gonçalves da Costa Zero pela concordância para a realização da dissertação na unidade de saúde vincula ao Hospital Regional de Ceilandia.

Ao Prof. Dr. Oviomar Flores pelo apoio e contribuições na elaboração, planejamento, execução, análises, discussões, revisões da dissertação.

Às Prof.^a Dra. Clelia Maria de Sousa Ferreira Parreira e Emília Vitória da Silva e por aceitarem o convite e participarem da banca examinadora.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento humano é um processo gradativo e inevitável e se caracteriza por várias alterações fisiológicas e psíquicas. Nessa fase observa-se o início de limitações corporais e declínio dos processos cognitivos de forma lenta e progressiva, o que implica uma atenção diferenciada em termos de atos, procedimentos, abordagens, conteúdos e métodos, na medida em que a atenção à saúde é por natureza um processo de trabalho que se materializa mediado pela interação entre população idosa, equipe de saúde, gestores, comunidade e outros atores. O **Objeto** de estudo desta Dissertação é a educação em saúde como um atributo de toda e qualquer prática de saúde e a prescrição e ingestão de medicamentos entre os idosos são fatos selecionados que dão materialidade à realidade em estudo. **Objetivo** foi descrever o processo de interação entre o profissional de saúde e a pessoa idosa no tocante ao uso de medicamentos em um Centro de Saúde do Distrito Federal. A **Metodologia** de estudo utilizada foi descritiva, de caráter exploratório e de natureza qualitativa e a coleta de dados foi realizada mediante as técnicas do Grupo Focal, Entrevistas semiestruturadas, Observação participante, Pesquisa bibliográfica e Pesquisa documental. **Considerações finais:** Os problemas da prescrição e ingestão medicamentosa pelo idoso (a) são aspectos parciais da interação que está na base das práticas de atenção à saúde no Centro de Saúde em Estudo. Remete para o modelo tecnoassistencial que materializa as práticas de saúde na Unidade em termos de estrutura, organização processo de trabalho e emprego tecnológico. Nesses termos traz para o centro da discussão a educação em saúde como tradução desse processo interativo entre equipe de saúde, idosos, comunidade, e familiares e evidencia que a interlocução entre esses sujeitos está limitada a uma ação de natureza predominantemente informativa, o que aponta para a necessidade de expansão das práticas de atenção como um todo e de forma específica daquelas voltadas para a população idosa em termos de abordagens que contemplem novos espaços, sujeitos, objetivos, conteúdos e metodologias. Nesse sentido, desvenda possibilidades de reorientação das práticas de atenção ao idoso com base no vasto acervo teórico e normativo que recomendam ações baseadas no estreitamento dos vínculos, na humanização do acesso aos cuidados; no acolhimento; na amorosidade na relação e no protagonismo orientado para a autonomia do idoso.

Palavras-chaves: atenção básica - medicamentos - idosos - educação em saúde - uso de medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Human aging is a gradual and inevitable process and is characterized by multiple physiological and psychological changes. In this phase there is the beginning of bodily limitations and decline of cognitive processes slow and progressive manner, which implies a special attention in terms of acts, procedures, approaches, contents and methods, to the extent that health care is by nature a work process that materializes mediated interaction among the elderly, health staff, administrators, community and other stakeholders. . The **object** of study of this dissertation is the health education as an attribute of any health practice and the prescription and intake of medication in the elderly are selected facts that give materiality to the reality under study. **Objective** was to describe the interaction between the health professional and the elderly regarding the use of medicines in a health center of the Federal District.

Methodology The study was descriptive, exploratory and qualitative in nature and data collection was performed using the techniques of Focus Group Interviews Semi-structured, participant observation, literature search and document search. **Final Thoughts:** The problems and prescription drug intake by the elderly (a) are partial aspects of interaction that underpins the practice of health care at the Health Center in Study. Refers to the technical care model that embodies health practices in the Unit in terms of structure, work organization and technological employment process. In these terms brings the center of discussion on health education as a translation of this interactive process between the health team, seniors, community, and family and shows that the communication channels between these subjects is limited to an action predominately informative in nature, pointing to the need to expand care practices as a whole and specifically those geared to the elderly population in terms of approaches that include new spaces, subjects, objectives, contents and methodologies way. In this sense, reveals possibilities for reorienting the practice of elderly care based on broad theoretical and normative acquis which recommend actions based on closer ties, humanization of access to care, the host: the loveliness on the relationship and role oriented independence of older people.

Keywords: primary care - drugs - elderly - health education - the use of medications

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| CEI | Campanha de Erradicação de Favelas |
| CS | Centro de Saúde |
| DF | Distrito Federal |
| DNT | Doenças Não Transmissíveis |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GF | Grupo Focal |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OP | Observação Participante |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PNAD | Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios |
| PNEPS-SUS | Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde |

| | |
|--------|---|
| PNH | Política Nacional de Humanização na Saúde |
| PNI | Política Nacional do Idoso |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RA | Região Administrativa |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SHIS | Programa Habitacional da Sociedade de Habitação de Interesse Social |
| SHSN | Setor Habitacional Sol Nascente |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade de Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 14 |
| CAPITULO I..... | 19 |
| O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO UMA PRÁTICA EDUCATIVA..... | 19 |
| CAPITULO II..... | 41 |
| SOBRE AS MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO E AS SUAS IMPLICAÇÕES NOS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS..... | 41 |
| 1. Das mudanças na composição etária da população..... | 41 |
| 2. Envelhecimento e medicamentos | 43 |
| 3. Sobre as políticas em vigência que corroboram as práticas de atenção à saúde do idoso..... | 47 |
| 3.1. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde – PNAB..... | 48 |
| 3.2. Política Nacional de Humanização na Saúde – PNH | 52 |
| 3.3. A Política Nacional de Saúde de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI | 54 |
| 3.4. A Política Nacional de Educação Popular no âmbito do Sistema Único de Saúde - PNEPS-SUS..... | 56 |
| CAPITULO III..... | 60 |
| OBJETIVOS | 60 |
| 1. Objetivo geral:..... | 60 |
| 2. Objetivos específicos: | 60 |
| CAPÍTULO IV | 61 |
| METODOLOGIA..... | 61 |
| 1. Sujeitos e local de estudo | 61 |
| 2. Técnica e instrumento para coleta de dados | 62 |
| 3. Análise dos dados | 63 |
| 4. Procedimentos éticos e legais..... | 64 |
| CAPITULO V | 65 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 65 |

| | | |
|------|---|-----|
| 1. | Sobre a situação de saúde de Ceilândia..... | 66 |
| 2. | Grupos Focais - Profissionais de saúde da Atenção Básica e Pessoas Idosas..... | 69 |
| 3. | Sobre as Categorias de Análise..... | 74 |
| 3.1. | Das concepções predominantes sobre envelhecimento | 74 |
| 3.2. | Sobre as decorrências mais marcantes do processo de envelhecimento. 76 | |
| 3.3. | Sobre o modo como os idosos elaboram as orientações da equipe em relação aos medicamentos..... | 78 |
| 3.4. | Sobre a observação participante | 84 |
| 3.5. | Sobre Organização e o processo de trabalho do cenário do estudo. | 85 |
| 3.6. | Interação entre o profissional de saúde e a pessoa idosa no tocante ao uso de medicamentos | 87 |
| 3.7. | Sobre a abordagem predominante na interação entre os idosos e a equipe de saúde..... | 90 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 93 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 101 |
| | APENDICE A | 106 |
| | Guia de entrevista do Grupo Focal para as pessoas idosas | 106 |
| | APENDICE B | 107 |
| | Guia de entrevista do Grupo Focal para as profissionais..... | 107 |
| | APENDICE C | 108 |
| | Guia de entrevista semi estruturada para pessoas idosas..... | 108 |
| | APENDICE D..... | 109 |
| | Guia de entrevista semi estruturada para os profissionais de saúde da atenção básica | 109 |
| | APENDICE E..... | 110 |
| | Guia de Observação Participante | 110 |
| | APENDICE F..... | 111 |
| | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - GF | 111 |
| | APENDICE G | 113 |

| | |
|---|-----|
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - OP | 113 |
| APENDICE H | 115 |
| Ficha de identificação do participante | 115 |
| ANEXO A | 116 |
| Termo de Concordância | 116 |
| ANEXO B | 117 |
| Parecer Consubstanciado do CEP | 117 |

INTRODUÇÃO

Sempre tive a intenção de trabalhar na saúde e fazer a diferença; ser útil à humanidade. Em mensagem aos seus seguidores, Mahatma Gandhi afirmava: “Você deve ser a mudança que deseja ver no mundo”. Essa afirmação carrega na sua essência o sentido central do fazer a diferença no mundo. O que nos diz se estamos cumprindo nossa tarefa de fazer a diferença não é tanto o que fazemos, e sim como fazemos.

O caminho que escolhi para fazer a diferença foi o da enfermagem por se tratar de uma formação voltada para o trabalho em equipe, o que possibilita o desempenho de papéis gerenciais que envolvem elementos como a liderança, a motivação, a comunicação, a capacidade de lidar com conflitos e o conhecimento para avaliar as necessidades de saúde em termos individuais e coletivos. Assim, em 2001, ingressei na Faculdade *Juscelino Kubitschek*.

Meus estágios curriculares foram realizados no Hospital Regional de Ceilândia-DF e nas unidades básicas de saúde (UBS) e ele vinculadas, onde constatei a necessidade de uma atuação com vigor e excelência como condição para fazer a diferença para a população ali assistida.

Antes de concluir minha graduação eu já havia sido aprovada no concurso público para atuar como enfermeira de saúde pública na Secretaria de Saúde do DF, iniciando minha carreira profissional no ano de 2009 nas mesmas UBS onde realizei os meus estágios curriculares.

Na condição de enfermeira da SES-DF pude verificar que grande parte da população assistida era composta por pessoas idosas, e que alguns servidores se recusavam a participar das atividades que os envolviam. Quando participavam o faziam de modo compulsório, deixando transparecer claramente a preferência por prestar assistência a outros indivíduos e grupos situados em outros ciclos de vida.

Num primeiro olhar estes fatos sugeriam que a preferência dos profissionais por outros tipos de trabalho que não fossem aqueles relacionados às pessoas idosas deixava uma forte impressão de rejeição a esse grupo, a qual se apresentava como relacionada às dificuldades decorrentes das suas limitações físicas e cognitivas, das suas carências; da solidão e, em alguns casos, da resistência dos idosos em internalizarem as prescrições e orientações de diferentes naturezas emanadas dos profissionais da equipe de saúde.

Mas, para além da realidade imediatamente aparente, considerava-se que a resistência ao trabalho com o idoso, por parte dos profissionais de saúde, tinha causas mais profundas ligadas, em grande parte, ao modo de interação entre estes sujeitos (idosos e profissionais) mediados pelo processo de trabalho da Unidade de Saúde em estudo. Isto é, ao modo como as práticas de atenção em saúde estão estruturadas na UBS, de uma forma geral; ao modo como essas mesmas práticas estão materializadas em um modelo tecnoassistencial de atenção à saúde do idoso que articula tecnologia adequadas, aspectos organizacionais e de funcionamento; de relações de trabalho e de participação e controle social.

Entende-se que a eficácia da atenção à saúde prestada ao idoso é um dos aspectos que qualificam o processo de trabalho de uma Unidade de Saúde e que o trabalho resulta de um processo interativo entre equipe, gestores e usuários, no caso idosos, que é essencialmente educativo.

Logo, o que está na base do objeto de estudo desta Dissertação é a educação em saúde como um atributo de toda e qualquer prática de saúde e a prescrição e ingestão de medicamentos entre os idosos são fatos que, dentre outros, conferem empiria à realidade em estudo. Nestes termos, o problema central que orienta este estudo foi formulado da seguinte maneira: Como se dá o processo de interação entre os profissionais de saúde e as pessoas idosas no tocante à prescrição e ao uso de medicamentos?

O processo de rápido envelhecimento populacional vem acontecendo de modo acentuado em todo o mundo. Estimativas da Organização Mundial da Saúde – OMS¹ apontam que de 1950 a 2025 a quantidade de idosos no país aumentará quinze vezes e que o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD² confirmou a tendência de envelhecimento da população brasileira. Os brasileiros com mais de 60 anos somam 23 milhões, ou seja, representam 11,8% da população total do país. Mostra que a expectativa de vida é de 74 anos sendo que para as mulheres - 77,7 anos e para os homens - 70,6 anos².

A Pesquisa² revelou, ainda, que a quantidade de pessoas idosas acima de 100 anos chega a 24 mil e que 56% deste grupo são compostos por mulheres. Da fração total em ambos os sexos 75% são independentes para o autocuidado e 25% apresentam alguma incapacidade. Outra importante característica do contingente idoso é que 76% faz uso exclusivo da assistência prestada pelo SUS; 53% buscam posto ou centro saúde como primeiro local de atendimento e 51% dos idosos são cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Sabe-se que o envelhecimento da população está ocorrendo mais rapidamente na Capital Federal, quando comparado ao de outras unidades da Federação. Dados do Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE² mostram que há 197.613 pessoas com 60 anos ou mais no DF, o que representa 7,7% da população²

Os maiores contingentes de pessoas idosas residiam na Região Administrativa Brasília (Plano Piloto) e em Ceilândia/DF, com pouco mais de 45 mil em ambos os casos, com cada uma representando cerca de 14,0% da população idosa do Distrito Federal. O Plano Piloto responde por apenas 8,2% da população do DF, ao passo que Ceilândia/DF responde por aproximadamente 30 mil, ou 15,8%, constituindo a cidade mais populosa dentre as Regiões Administrativas²

A Atenção Básica é o contato preferencial dos idosos com os sistemas de saúde, os quais apresentam com maior frequência as doenças não transmissíveis (DNT) que podem ser evitadas, adiadas e prevenidas. Quando não o são, transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade, fato que legitima a maior demanda por cuidados terapêuticos e utilização dos serviços de saúde em maior escala. Em consequência, ocorre também o aumento na incidência dos problemas relacionados aos medicamentos³.

Inúmeros fatores contribuem para o conhecimento reduzido da pessoa idosa relacionado ao tratamento medicamentoso. Dentre eles destacam-se a falta de aconselhamento individualizado; a falta de informação escrita personalizada e reforço das instruções orais; a inabilidade para recordar as informações previamente apresentadas e a ausência de um ajudante ou auxiliar na hora de tomar a medicação⁴.

Cabe aos profissionais da área da saúde amenizar os problemas propiciados pela farmacoterapia. Informar a população é uma das formas de minimizar os riscos referentes às intoxicações e ocorrências de eventos adversos⁵. Nesse sentido, a comunicação e a informação sobre fármacos prescritos às pessoas idosas poderiam garantir resultados mais satisfatórios da terapia farmacológica e aumentar a motivação do paciente face o tratamento⁶.

Nas relações interpessoais, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. A doença provoca sentimento de isolamento nas pessoas idosas, que desejam ter seus sentimentos, ideias e dilemas entendidos por outras pessoas. Assim, no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica. Os pacientes idosos esperam e desejam ser acolhidos de forma cuidadosa e personalizada³.

Entretanto, persistem dificuldades na interação entre pacientes e profissionais de saúde, gerando consequências diretas nos seus cuidados,

especialmente no uso dos medicamentos⁷ fatos que justificam a realização de estudos desta natureza.

No Capítulo I desta dissertação focalizamos aspectos da produção de autores brasileiros de orientação freiriana que tratam da educação popular e em especial sobre educação em saúde há mais de quatro décadas, confrontando-a com possibilidades históricas de práticas educativas em saúde respaldada na tipologia apresentada por Stotz⁸

No Capítulo II identificam-se as mudanças mais significativas na composição etária da população mundial e as suas implicações mais imediatas para a estruturação de modelos tecnoassistenciais orientados para atenção à saúde da população idosa; e descrevem-se as políticas implantadas pelo Ministério da Saúde que configuram um referencial de natureza legal e normativa para construção de modelos materializadores da atenção à saúde da população idosa no Brasil.

No Capítulo III e IV apresentam-se os objetivos propostos e a metodologia adotada para o desenvolvimento do Estudo respectivamente.

No Capítulo V - que se refere aos resultados e discussão - é estabelecido o diálogo entre os sujeitos da pesquisa, ao qual incorporam-se achados e resultados referentes a estudos de outros autores sobre temáticas semelhantes.

Na sequência são apresentadas as considerações finais sobre o estudo, seguidas das referências adotadas na produção do trabalho, os apêndices e anexos utilizado.

CAPITULO I

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO UMA PRÁTICA EDUCATIVA

Este capítulo trata das bases conceituais e filosóficas que fundamentam este estudo, as quais são corroboradas por fatos e evidências, ainda no plano teórico, sobre os processos de interação entre os profissionais de saúde e os idosos no tocante ao uso adequado de medicamentos na rede pública de serviços de saúde.

Toma como ponto de partida as relações entre as equipes de saúde e os grupos de usuários idosos de uma unidade básica de saúde de Ceilândia – DF, salientando nelas aqueles aspectos específicos da prescrição e ingestão medicamentosa. As relações que se estabelecem entre a equipe de saúde e os idosos são consideradas como um processo de interação que se traduz e conforma um espaço relacional visto aqui como processo de trabalho singular a cada UBS. Como processo de interação/processo de trabalho, salienta-se o potencial educativo desse espaço, uma vez que se considera que é mediante o trabalho que os homens e mulheres se constituem mutuamente, se relacionam com o meio ambiente, produzem e reproduzem a sociedade, sendo este processo educativo na sua essência.

Sua estrutura marca três movimentos. No primeiro movimento busca-se identificar, na produção de autores nacionais, as formulações teórico-conceituais de base Freiriana sobre as práticas de educação de uma forma geral e de forma específica na educação em saúde, que abordem princípios de ação e estratégias transformadoras no plano pedagógico das interações no âmbito da saúde.

No segundo movimento, e na perspectiva das transformações acima referidas, tipificam-se as possibilidades de ação no campo da educação em saúde, como forma de captar a materialidade da relação no universo de estudo, a

partir da tipologia formulada por Stotz⁸ que trata dos enfoques em educação em saúde.

No terceiro movimento, discutem-se as possibilidades de ação orientadas para a educação em saúde, cruzando-se aspectos que se referem:

1. À conjuntura mais geral que articula o mundo do trabalho, a precarização das relações de trabalho, a desmobilização e despolitização da força de trabalho e a emergência de novas formas de protagonismo das classes populares no espaço de interações demarcados pelas práticas de educação em saúde;
2. Às inflexões mais significativas no plano das políticas de saúde e da educação em saúde, induzidas no plano institucional do Ministério da Saúde.
3. A aspectos das práticas de prescrição e ingestão medicamentosa que marcam de uma forma geral o universo de estudo, como forma de lançar luzes sobre o processo interativo já referido, que define o objeto de estudo.

Interação, na perspectiva sociológica, define o modo como as pessoas estabelecem relações entre si, relações estas marcadas pela reciprocidade e pela interdependência nas quais a ação de um protagonista tem como ponto de partida a percepção e vivência da ação do outro. Vista como uma categoria que se orienta para uma organização de caráter histórico e de natureza espaço-temporal, a ação social assim concebida decorreria da configuração de um campo de interações entre o organismo e o ambiente mediado pela alteridade.

É um processo de natureza cultural, que se funda na construção de sentidos e significados, pois é a partir da produção de sentidos e significados nas suas relações que as pessoas e os grupos estariam habilitadas para evidenciar as concepções que produzem sobre os papéis do outro.

A noção sobre o papel do outro configura um conjunto de conhecimentos que as pessoas utilizam para se orientar socialmente, atribuindo significados aos gestos, identificando objetos, categorizando pessoas, como condição para a exteriorização das suas percepções sobre o outro. Nesses termos, enquanto constituinte de um campo de relações, a interação é passível de produção e reprodução ao ritmo do modo predominante como a sociedade se produz e se reproduz. Segundo Asch⁹ os objetivos sociais seria uma das principais decorrências da interação social, visto que ela se referiria essencialmente ao processo de trabalho que seria condição e consequência da existência social e da mudança histórica.

O trabalho humano demarca um espaço relacional entre os homens e mulheres e destes com natureza, no qual estes se produzem mutuamente; identificam-se; desenvolvem a consciência de si e do outro, ao mesmo tempo em que produzem e reproduzem a sociedade, processo este mediado por relações sociais de trabalho.

O processo de trabalho define-se como uma prática social cuja estrutura reside na base da sociedade, mediante o qual objetos de distintas naturezas são transformados em novos objetos via uma ação intencional, que supõe a utilização de conhecimentos e instrumentos (meios de produção), direcionada pelo modo de produção predominante na sociedade.

Segundo Pinto¹⁰, o trabalho como o “ato” de constituição do homem e da humanidade e como processo educativo evidencia o percurso individual do ser humano; ilustra o estágio de evolução das relações conformadoras da sociedade; refere-se à existência humana na sua essência e acompanha a sua duração e todos os seus aspectos. A educação reveste-se de materialidade e significado, apresentando-se como:

“... o processo pelo qual a sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses. Ou seja, o processo pelo qual a sociedade atua constantemente sobre o desenvolvimento do ser humano no intento de integrá-lo no modo de ser social vigente e de conduzi-lo a aceitar e buscar os fins coletivos”¹⁰.

No que importa para a transformação da sociedade brasileira, via as mobilizações e lutas em torno do direito à saúde, este autor registra o caráter contraditório da educação, que, ao mesmo tempo em que busca a conservação das estruturas, permite a criação e a crítica necessária ao desenvolvimento e ou mudanças destas mesmas estruturas.

O processo de trabalho delimitado pelo campo da saúde se revelaria, então, como uma prática educativa em toda a sua extensão; orientando-se para o modo de vida da sociedade brasileira; a biologia humana como componente fundamental dos distintos perfis epidemiológicos que lhes são específicos; as relações dos homens e mulheres com o meio ambiente; e ao modo de estruturação, organização, uso tecnológico e processo de trabalho dos serviços de atenção à saúde.

A educação em saúde implicaria uma ação direcionada para a gestão, os serviços, a equipe e para o controle social, incorporando atributos que evidenciam:

- Características de natureza existencial, uma vez que elas constituem um dos espaços onde o homem se faz homem e adquire sua essência.
- A educação em saúde como um fato social que é mediado por relações econômicas, políticas, culturais, institucionais, administrativas que visam à mobilização com vistas à integração da comunidade;
- A educação em saúde como um fato cultural, que no espaço das práticas de saúde transmite a integralidade da cultura específica de uma sociedade, nos termos em que ela permite, seja esta uma sociedade letrada ou não;

- A educação em saúde como uma prática orientada por uma concepção de homem e um projeto de sociedade. Qualquer projeto educativo em saúde é, sempre, resultante da formulação de alguém que o faz a partir do lugar que ocupa na sociedade, o que significa que não constitui um que fazer neutro. Antes de tudo é revestido de um sentido político e supõe um nível de intervenção na dinâmica social;
- As práticas de saúde são práticas educativas, pois se incluem na categoria de trabalho social o que nos permite inferir que todo o profissional de saúde é um educador, enquanto um membro da sociedade formado para a transmissão de saberes e outras práticas no campo da saúde;
- A educação em saúde como um processo consciente, que ao mesmo tempo em que promove decorre do grau de desenvolvimento da consciência sanitária, como uma das expressões das buscas dos homens e das mulheres pelo desenvolvimento da consciência de si e do mundo;
- A educação em saúde como um processo exponencial, na medida em que supõe um processo sempre inacabado, que aponta para o ser humano como um ser de necessidades, cujos patamares de desenvolvimento alcançados apontam invariavelmente para novos patamares a atingir;
- A educação em saúde como uma prática concreta, que se materializa a partir da ação dos seus protagonistas, do conflito em torno dos interesses e da extensão dos grupos sociais privados de conhecimento sobre as suas necessidades sociais em saúde e, no plano mais geral, sobre as suas condições materiais de vida¹⁰.

Briceño-León¹¹ reitera a comunidade e/ou grupos sociais como atores centrais nos processos educativos em saúde, a exemplo das ações de promoção, prevenção e controle desenvolvidas junto às populações em situação de riscos relativos às doenças tropicais.

Destaca o nível de vinculação entre as equipes de saúde, os gestores e as comunidades como um fator fundamental para a eficácia das ações desenvolvidas durante os ciclos característicos de desenvolvimento destas doenças, porque, em última análise, a ação ou não-ação dos indivíduos e dos coletivos naquele sentido estaria fortemente relacionado com a qualidade da interação entre esses sujeitos. Como um dos exemplos de não-ação, o autor cita a ausência de tratamento específico das residências (pintura, vedação e higiene das paredes) direcionado para o controle da doença de Chagas a partir do não reconhecimento da importância destas ações na perspectiva das finalidades já referidas.

Chama à atenção, também, para o fato de que historicamente as ações desencadeadas em torno das doenças tropicais e da saúde pública de um modo geral têm como protagonistas os trabalhadores da saúde, resultando em certo esgotamento de sentido dessas práticas face às populações que, em posição de distanciamento, apresentam-se, aos trabalhadores do setor, como incapacitadas para entender os atos, atividades e procedimentos desenvolvidos e recomendados, além de expressarem sinais de cansaço em relação a eles.

“... As pessoas nas distintas zonas endêmicas demonstram cansaço frente às inspeções domiciliares, ao consumo de comprimidos, ao uso de inseticidas, à coleta de amostras de sangue, enfim, a todo um conjunto de ações que não lhes são consultadas nem totalmente explicadas. Mas, sobretudo face um conjunto de ações que não entendem bem nem aceitam, principalmente em condições de baixa endemicidade (...) algumas delas assintomáticas, nem a necessidade de um controle vetorial parasitário para reduzir o risco de reinfecção e reinfestação na comunidade”¹¹.

Seriam estes sinais emitidos por populações observadas em distintas situações de risco, a partir do processo de exclusão a que estão submetidos em

relação à reflexão, formulação e implementação das políticas de saúde dos seus planos mais gerais aos mais específicos.

De caráter crucial, também para o processo de interação que articula o idoso e a equipe de saúde no tocante aos problemas que gravitam em torno da prescrição e ingestão adequada de medicamentos, a superação de fatos desta natureza aponta para a necessidade da centralidade dos indivíduos e dos grupos sociais no movimento permanente de superação das suas condições materiais de vida e de saúde.

Reafirmam a necessidade de que homens e mulheres, na mobilização pelas questões da saúde, apresentem-se face ao Estado Brasileiro e, por extensão, às autoridades da saúde em condição de autonomia. O comprometimento das classes populares com as mudanças nas suas condições de saúde e de vida estaria relacionado aos seus níveis de consciência e de autonomia com os quais se mobilizam.

Aos trabalhadores da saúde, na condição de partícipes do movimento acima referido, estaria posta a necessidade de desenvolvimento de um conjunto de competências, habilidades e atitudes a partir do conhecimento dos indivíduos, dos coletivos e das suas circunstâncias, visto que, ainda segundo Briceño-León¹¹ ninguém poderá cuidar da saúde do outro se este não estiver mobilizado internamente para fazê-lo por si mesmo.

Conhecer os indivíduos e os coletivos implicaria o domínio das suas crenças, dos seus hábitos e das suas condições materiais de vida. As ações, programas e políticas de saúde não podem ser impostas à comunidade, pois

“... Contar com o ser humano implica aceitar o risco da liberdade do outro, como único fundamento para a construção de uma sociedade democrática”¹¹.

Para o fortalecimento dos vínculos e da interação entre os trabalhadores da saúde e os grupos usuários da rede de serviços de saúde Briceño-León¹¹ propõe um conjunto de teses que ratifica a participação e o controle social como o cerne

de uma concepção ampla da educação em saúde, a qual não se restringiria àquelas iniciativas formais de ensino-aprendizagem, alocando-a no plano geral das práticas assistenciais; confirmando a rede de serviços de saúde e a comunidade como os espaços onde se dá o processo de trabalho em saúde e, conseqüentemente, onde homens e mulheres se educam nas relações entre si e com o ambiente. Dessa forma,

“A educação não é somente o que se compartilha em programas educativos, mas sim em toda a prática de atenção à saúde”¹¹

O componente fundamental da educação em saúde - que viabiliza a articulação das propostas de transformações de uma situação de saúde, consoante com um projeto de sociedade e mediadas por intervenções que supõe conteúdos e métodos específicos seria a ação calcada no diálogo e de caráter participativo, cuja tônica é a troca de saberes inspirada na convicção da relevância do conhecimento e experiência do outro.

Valla¹² traz para a arena da participação social, enquanto um componente fundamental do processo de educação em saúde, a figura do mediador, um ator investido de funções de diferentes naturezas como técnicas, científicas, acadêmicas, políticas e outras, a partir das quais desempenharia a interlocução entre o Estado como espaço de relações e as classes populares. Levando-se em conta os propósitos deste estudo, as funções do mediador coincidiriam em grande parte com as funções do profissional de saúde, visto como institucionalmente investido da função de educador. Este autor afirma que, apesar da orientação progressista dos educadores/mediadores, por força das suas condições de classe:

‘A dificuldade de os mediadores compreenderem o que os membros das classes populares dizem relaciona-se mais à sua postura, a quanto lhes custa aceitar que as pessoas “humildes, pobres, moradoras da periferia” sejam capazes de produzir conhecimento, de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, do que a questões técnicas propriamente, como as linguísticas, por exemplo’¹².

Inspirado em vários autores Martins¹; Chauí¹⁴; Valla¹² chama a atenção para o fato de que na interação entre a cultura popular com a cultura dominante deve-se considerar a possibilidade de que tudo aquilo que vem das classes populares e que se apresenta como absurdo ao olhos do profissional pode ser detentor de um claro significado para aquelas (as classes populares), o que não chega a ser percebido pelos profissionais, porque nessa relação as camadas populares estariam munidas de recursos de comunicação que lhes são peculiares como a utilização de códigos opostos como a afirmação e a negação; o ajustamento e a rejeição dos códigos dominantes; leituras lúcidas e leituras dominantes sobre a realidade; o inconformismo expresso sob a forma do fatalismo. Em síntese, no que interessa à fundamentação do processo de interação profissional de saúde/classe populares, o autor, inspirado em Gramsci, adverte que o “elemento intelectual sabe, mas nem sempre compreende, e muito menos sente”¹² apontando para a necessidade de mudanças nas práticas educativas em saúde dentre as quais se sobressai, por parte dos profissionais, o domínio e a compreensão do modo como o mundo é visto pelas classes populares.

Com vistas a fatos desta natureza, Briceño-León¹¹ admite que o aparente desconhecimento ou ignorância da população face o saber dominante no âmbito da saúde é relativizável, uma vez que este não chegaria a caracterizar um vazio de conhecimento, mas um tipo de experiência, de saber a ser transformado. Isto posto, o educador que se investe da função de detentor absoluto do conhecimento incidiria em uma prática que se traduz em uma falsa doação,

(...) que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro¹⁵.

Dito de outra forma, a educação em saúde de cunho dialógico supõe a superação de uma prática protagonizada por sujeitos que sabem na presença de

¹ Martins, JS. Caminhando no Chão da Noite. São Paulo: Hucitec, 1989 apud ¹³

outros que não sabem, em favor de um processo que admita a presença de sujeitos portadores de saberes distintos.

Pacheco Junior & Pacheco¹⁶ chamam a atenção para o fato de que uma relação pautada pela “posse” do saber tende a incidir na reprodução da alienação da ignorância apontada por Freire¹⁵, na medida em que a uma relação que se estabelece nesses termos corresponderia um menor desenvolvimento da consciência crítica com vistas a processos emancipatórios mediados pela educação e propõem que a prática dialógica evidencia a intencionalidade e o comprometimento com a transformação da realidade e do próprio ser humano.

No plano da saúde uma Medicina construída no diálogo emergiria da disponibilidade para a troca de saberes por parte daqueles que, apesar de se diferenciarem a partir das suas origens sociais e dos lugares de poder que ocupam na estrutura da sociedade, agem na convicção da importância do entrecruzamento das diferentes práticas e orientações em saúde que coexistem com diferentes projetos de sociedade. Segundo Vasconcelos¹⁷, os trabalhadores da saúde tenderiam a orientar suas ações a partir de um conhecimento oficial que fundamentam uma prática hegemônica de saúde que não leva em consideração o conhecimento e as práticas de saúde estruturadas historicamente pelas classes populares.

De um lado seria a posição das “autoridades da saúde”, representadas pelos seus profissionais, gestores, governantes. e do outro lado seriam as classes trabalhadoras, que configuram o grosso das demandas face o SUS. Com vistas às classes populares, uma prática educativa em saúde, na perspectiva freiriana, supõe como um dos seus resultados a emergência da consciência sanitária, mediante a qual os grupos sociais se tornariam capazes de reconhecer e avaliar a situação de saúde a que estão submetidos; estabeleceriam os nexos entre esta situação e as relações sociais a que também estão submetidos; se reconheceriam como detentores do direito à saúde, e na perspectiva das transformações dos seus perfis epidemiológicos e das condições materiais de vida, seriam capazes de se mobilizar em condição de autonomia face às autoridades da saúde, práticas de saúde hegemônicas já referidas.

Nessa perspectiva, a educação em saúde incidiria no desenvolvimento da autoconfiança entre os grupos sociais usuários dos serviços de saúde, como forma de desenvolver o comprometimento individual e a cooperação no plano coletivo. Uma estratégia de natureza pedagógica nesse sentido seria a garantia de que a cada ação desenvolvida correspondessem ganhos e avanços no processo de transformação da situação de saúde trabalhada¹¹.

O espaço da educação popular em saúde é confirmado como aquele delimitado pelo campo da saúde, entendido como constituído por relações sociais que são específicas e determinadas no complexo resultante da articulação do modo de vida nela dominante, das relações dos homens e mulheres com o meio ambiente, da biologia humana e dos serviços de saúde^{8,9,15}.

Se é no processo de trabalho que os homens e as mulheres se constituem e constituem a sociedade, o carácter educativo desse processo é o que unifica e integra o espaço mais geral da comunidade com o espaço mais específico das práticas de atenção à saúde. Em outras palavras, o espaço institucional das práticas de saúde se nos apresenta como um universo normatizado; cuja dinâmica se marca por lutas, conflitos de interesse e pelo exercício de poder nos seus aspectos técnicos, administrativos e políticos.

É o lugar de produção e de usufruto de bens e serviços de saúde, no qual as relações dominantes no plano mais geral da sociedade são reproduzidas no processo interativo que se estabelece entre gestores, equipe de saúde e grupos sociais usuários dos serviços de saúde, mediados pelos mecanismos de participação e controle social.

Destaque-se, portanto, o carácter direcionado e intencional da educação popular em saúde, que em termos imediatos aponta para transformações neste campo, transformações que em última análise se orientam para projeto de mudança direcionado para o plano mais geral da sociedade.

As práticas de educação popular em saúde, vistas como um “que fazer” orientado para um fim, impõem a adequação de conteúdos e métodos de forma

coerente com os seus propósitos, que resultam do diálogo e supõem uma capacidade de articular:

- Sujeitos oriundos de distintas e/ou opostas condições e situações de classe social, o que os torna portadores de distintas visões de mundo e distintos projetos de sociedade;
- Modelos tecnoassistenciais em saúde constituídos a partir de necessidades locais, cujas peculiaridades orientarão as suas conformações estruturais em termos físicos, de uso tecnológico, de processos de trabalho e de controle social;
- A seleção e articulação de conteúdos e métodos apropriados com os fins da prática educativa, na perspectiva da educação permanente, que privilegiem o diálogo entre gestores, equipes e grupos sociais, sempre a partir das necessidades locais de saúde, e direcionados para a gestão, os serviços/práticas assistenciais e para o controle social.

A articulação e adequabilidade de conteúdos e métodos assumem importância na educação popular em saúde, na medida em que o espaço, o tempo, a interação entre os seus protagonistas (grupos sociais, equipe de saúde e gestores) e os fins propostos, constituem componentes centrais da ação.

A partir dos fins impressos no processo de interação idoso/equipe de saúde como processo educativo que contempla, entre outros aspectos, a prescrição e ingestão medicamentosa, o educador/equipe de saúde poderia se questionar sobre os propósitos da sua ação:

- As ações estariam orientadas para a promoção de hábitos e comportamentos saudáveis junto aos idosos, mediante a informação como condição para uma escolha acertada, a qual é definida tecnicamente e a priori pelos

profissionais de saúde ou pelos programas de saúde em vigência?

- As ações centrariam esforços na persuasão dos idosos em torno da necessidade de uma adequada ingestão de medicamentos, como forma de prevenção de agravos à saúde?
- As ações contemplam o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes por parte do idoso e daqueles que circulam no seu entorno, com vista à promoção de destrezas e capacidades para levar a vida?
- Dentre os princípios orientadores da ação contempla-se o reconhecimento e o desenvolvimento da autonomia dos homens e das mulheres idosas na condição de sujeitos do processo de trabalho em que estão inseridos (as), no âmbito da Unidade Básica de Saúde e, por extensão, na família e na comunidade?

Com vistas às possibilidades de ação orientadas para a educação em saúde, Stotz⁸ reconhece que esta é a forma dominante de tratar a questão da emergência da consciência sanitária. O reconhecimento e institucionalização da educação em saúde como uma dimensão inerente ao trabalho em saúde estaria relacionado às crescentes evidências que passaram a apontar para os condicionantes e determinantes das situações de morbimortalidade como diretamente relacionados aos modos de vida característicos de cada população. Por modo de vida, entende-se a rede de relações que caracterizam a produção e reprodução de uma sociedade, tendo como base o processo de trabalho e as relações sociais que lhe são inerentes; e o padrão de reprodução da força de trabalho expresso nas formas de nascer, crescer, trabalhar, adoecer e morrer que, inicialmente, eram identificados como estilos de vida, ou de riscos à saúde existentes no local de trabalho e no meio ambiente.

A prática teórica que implementa e aprofunda a concepção da ação educativa em saúde se faz ao ritmo da construção do binômio saúde-doença como um processo socialmente estruturado, cujas causas primeiras estão plantadas na estrutura da sociedade que lhe dá a forma.

Para além das importantes inflexões nas práticas de educação em saúde relacionadas às redes de causalidade do processo de saúde-doença, Stotz⁸, identifica também os custos crescentes da assistência médico-curativa ao mesmo tempo em que admite que, apesar das evidências citadas no tocante aos determinantes da saúde-doença, as práticas educativas em saúde permanecem orientadas predominantemente pelas práticas médicas, como se fossem um ramo ou método da medicina preventiva, porque a definição dos problemas de saúde se daria a partir dos diagnósticos e pontos de vista médicos, configurando programas, campanhas focalizadas em problemas parciais da realidade de saúde de caráter marcadamente biológico.

Com vistas à dialética indivíduo/sociedade, mediada pela educação em saúde, Stotz⁸ defende a combinação de enfoques e abordagens que orientem as ações dos trabalhadores da saúde investidos na condição de educadores. Salienta o fato de que, enquanto para o profissional médico os indivíduos são objetos e sujeitos, para o profissional da saúde, consciente da sua atribuição educativa, o indivíduo se apresenta como protagonista da sua própria vida, que toma consciência do seu lugar na sociedade e desenvolve proatividade face às suas condições materiais de vida e de saúde.

Baseado na proposta de Tones¹⁸, o autor apresenta uma tipologia de enfoques em educação e saúde, que se traduzem em possibilidades de ação, que não são necessariamente excludentes, denominados Educativo, Preventivo, Radical, Desenvolvimento Pessoal e Educação Popular em Saúde.

Estes enfoques apresentam como componentes estruturantes os objetivos, os sujeitos da ação, o âmbito da ação, o princípio orientador, a estratégia e os pressupostos de eficácia. As três primeiras abordagens apresentam-se como centradas nos indivíduos e têm como espaço privilegiado de intervenção os

serviços, secundados pelo espaço da comunidade, consolidando uma interação na qual o protagonismo da ação é focalizado no educador em saúde.

O Enfoque Educativo, de natureza predominantemente informativa, tem como objetivo a compreensão da situação de saúde por parte dos indivíduos em um contexto determinado. O protagonismo da ação coloca o profissional de saúde na condição de único sujeito e o âmbito ou extensão da ação desenvolvida é demarcada pelas interações desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os indivíduos no espaço dos serviços de saúde e da comunidade. Tem como princípio orientador a eleição informada por parte dos indivíduos sobre os riscos à saúde a que estão submetidos. A articulação de conteúdos e método configura uma estratégia calcada no compartilhamento e exploração de crenças e valores dos indivíduos, cuja eficácia seria atestada pelo nível de acesso das pessoas às informações disseminadas.

O Enfoque Preventivo privilegia nos seus objetivos o desenvolvimento de comportamentos saudáveis entre indivíduos localizados no âmbito das práticas assistenciais/serviços de saúde, mediante uma ação centralizada na figura do profissional de saúde, a exemplo do Enfoque Educativo. O princípio orientador respalda-se na persuasão das pessoas sobre os riscos à saúde a que estão expostos, mediante uma estratégia que se funda na prevenção de agravos à saúde mediada pelo reforço ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis e estilos de vida. Os resultados de uma prática educativa em saúde articulada nesses termos seriam avaliados com base nos sinais de mudanças comportamentais apresentadas pelos indivíduos.

A educação em saúde no Enfoque do Desenvolvimento Pessoal estabelece seus objetivos orientados para o desenvolvimento da personalidade dos indivíduos; tem como lócus os serviços de saúde e a ação permanece centralizada na figura do profissional de saúde como educador. Incorpora como princípio orientador a ênfase nas potencialidades individuais, como estratégia para o desenvolvimento de habilidades e atitudes individuais para a vida. Como decorrência, a eficácia de uma ação desta natureza seria avaliada a partir das

evidências apresentadas pelas pessoas no sentido das suas crenças nas suas capacidades de controlar a vida.

O Enfoque Radical aposta em um objetivo focado no desenvolvimento de uma consciência crítica em relação à saúde por parte dos indivíduos e grupos sociais, que compartilham a condição de sujeitos do processo educativo em saúde com os profissionais da área. O espaço demarcado por uma ação com este enfoque é o mais amplo possível, pois incorpora o lugar das práticas assistenciais à saúde, os grupos sociais e o plano geral da sociedade. O princípio orientador da ação, comparado àqueles dos enfoques anteriores, desloca-se do plano individual para a persuasão política sobre os determinantes do binômio saúde-doenças visto como um processo social, cujo desvendamento e superação implica a luta política pela saúde como pressuposto de eficácia.

Campos²conclui que o Enfoque Radical desconheceria a dimensão singular dos problemas de saúde, na medida em que não dá conta da dialética do indivíduo/sociedade no campo da saúde pública.

“A dimensão do sofrimento individual e do direito da pessoa à saúde não pode ser secundarizada (ou mesmo esquecida) pela ênfase dada ao caráter social da doença e da necessidade das políticas públicas na área da saúde”⁸.

Por último, o Enfoque da Educação Popular em Saúde, segundo este autor, tem por objetivo a luta política pela saúde, numa perspectiva mais ampla, mais direcionada e intencionalizada, que tem como sujeito as classes populares em aliança com os profissionais de saúde e como âmbito de ação os espaços da assistência à saúde e os espaços de lutas populares sejam eles movimentos sociais, organizações populares, comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça, de etnia, idosos, etc.

² Campos, RO. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 27(64): 123-130, maio-ago., 2003 apud⁸

Resultaria do entrecruzamento de distintas correntes de pensamento dentre as quais o autor cita o cristianismo, o humanismo e o socialismo, sistematizados a partir das bases conceituais e filosóficas propostas por Freire como pressupostos de uma prática educativa orientada para a autonomia e libertação das classes populares. O termo popular designaria uma perspectiva política com que se trabalha com a população, cujo verdadeiro sentido se traduziria no colocar-se a serviços dos “oprimidos” da sociedade brasileira, entendendo-se a opressão como uma relação que extrapola a relação capitalista/assalariado e que abrange a mulher, os homossexuais, os indígenas, os negros e outros segmentos da sociedade brasileira¹⁹.

Neste enfoque amplia-se o espaço da interlocução, visto que os sujeitos da educação popular em saúde se definem com maior acuidade a partir dos modos como eles se inserem praticamente na sociedade civil, aumentando o aspecto neste sentido por que os indivíduos e grupos sociais são identificados, também, a partir dos movimentos sociais em que estão inseridos. Valla¹², Stotz⁸ confirmam o termo popular como referente às classes populares, 60 a 70% da população, cujas condições de vida estão atreladas ao trabalho diário e aos mecanismos mobilizados pelo Estado no sentido da reprodução da força de trabalho.

O princípio orientador da ação é o diálogo entre o conhecimento científico hegemônico nas estruturas de serviços, do qual os profissionais da saúde são os porta-vozes, e o conhecimento das classes populares. A estratégia de ação consistiria na aproximação destes saberes, na qual o conhecimento das classes populares é valorizado como aquele acumulado ao longo das suas experiências de vida e das suas trajetórias de articulação, mobilização e lutas pelo direito à saúde. Os autores destacam, em consonância com Stotz⁸, a problematização como um dos componentes estruturantes das práticas de educação popular em saúde.

Em síntese, os enfoques descritos explicitam vertentes de ação no espaço das práticas educativas em saúde, mediante processos interativos de maior ou menor alcance, na medida da forma de articulação dos seus componentes estruturadores já citados.

Pelo seu potencial transformador e por tudo que foi discutido até aqui, a educação popular em saúde não admitiria ações generalizantes e de validade universalmente direcionadas. O tratamento da questão da prescrição e ingestão adequada de medicamentos para a população idosa da localidade de Ceilândia – DF, por exemplo, apontaria para sempre inusitadas possibilidades de ser no que se refere às alternativas de ação face os problemas de saúde, levando em consideração aspectos como espaço, tempo e a interação entre seus protagonistas (grupos sociais, equipes de saúde, gestores) como elementos centrais desse micro universo.

“Cada movimento, não importa onde aconteça, deve ser visto como singular, como um processo de construção e criação de identidade de grupo. Deste modo, um protesto não seria apenas uma reação às forças externas, mas também um movimento a emergir de um conjunto de circunstâncias singulares e historicamente específicas”¹²

Com vistas à operacionalização das práticas de educação popular em saúde, é importante que se reitere a comunidade como o espaço relacional característico do mundo do trabalho. Nesta perspectiva, a rede de serviços de saúde também é considerada como demarcadora de um espaço educativo e de trabalho, que tem seu foco predominante na dinâmica inerente às situações de saúde específicas.

A especificidade das situações de saúde trabalhadas se definiriam a partir de um perfil epidemiológico que torna visível um estado de saúde singular, relacionado a um modo específico de vida e a maneira, também específica, de articulação dos recursos em saúde na forma de modelos tecnoassistenciais²⁰.

Permanece, contudo, a necessidade de considerarmos as perspectivas das interações dos profissionais/mediadores e as classes trabalhadoras, no âmbito das práticas de atenção à saúde e à luz das transformações sociais no plano da sociedade brasileira e em nível mundial. Quais seriam as novas situações que se apresentam para o encaminhamento das práticas de educação popular em saúde?

Considera-se que os movimentos de educação popular e a sua vertente no campo da saúde detêm uma experiência e um saber acumulados ao longo de décadas, que apontam para uma crescente capacidade de articulação e mobilização das classes populares, em situação de autonomia em relação ao Estado e aos serviços de saúde, aos quais se articulam os mediadores e o aparelho institucional, renunciando a possibilidades de novos padrões de interação entre o campo dos movimentos populares e o campo da saúde.

Valla¹² considera que a conjuntura neoliberal articulada com a precarização das relações de trabalho, e as transformações profundas nas relações Estado-Sociedade constituem elementos que podem ensejar uma nova concepção de educação, visto que

“O Estado não seria o único ponto de referência para o desenvolvimento de práticas de participação popular. É possível que outras formas já estejam sendo construídas por grupos sociais pertencentes às classes populares (...) sendo possível que as classes populares tenham uma enorme lucidez sobre a própria situação social e que esta lucidez indique poucas esperanças de uma melhoria significativa à vista”¹².

Identifica nesses novos horizontes, a possibilidade de ações orientadas para o apoio social e para a solidariedade entre indivíduos e grupos, que permitam o desenvolvimento da autonomia diante da hegemonia médica. Nessa direção, Vasconcellos³, considera que esse movimento pode estar relacionado a um deslocamento de ação, que passa a se orientar para “novas formas de organização social, de vivências mais profundas, de valores como solidariedade, apoio mútuo, controle autônomo da própria vida, prazer e espiritualidade”.

Nesse sentido, aqueles sinais anteriormente citados como evidenciadores de alienação e ignorância emitidos pelas classes populares, mediante uma leitura atualizada com as novas conjunturas, passariam a evidenciar tendências para

³ Vala, VV.- Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In Barata, RB., and Briceño-Léon, RE., orgs. Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000. Apud¹⁷.

movimentos de base de reconstrução social, que se desloca das buscas por transformações do Estado como espaço de relações, focalizando-se no fortalecimento das redes de solidariedade da sociedade civil. Na base desse movimento, além das questões afetas às relações de trabalho e às relações Estado-Sociedade, identifica-se também a crise de confiabilidade e legitimidade das políticas e dos políticos por parte das classes populares, o que dialeticamente incidiria na emergência de um novo tipo de autonomia por parte daquelas. A questão fundamental colocada pelo autor na perspectiva das práticas de atenção em saúde é:

“(...) como ler e compreender as falas e movimentos das classes populares como manifestações de participação popular, sem abrir mão de todo o trabalho construído em torno do SUS, e, em particular, dos conselhos de saúde. No espírito dialógico proposto por Paulo Freire. (...) talvez se faça necessário uma nova disponibilidade dos mediadores com relação às classes populares para compreender as implicações destas manifestações de solidariedade e apoio mútuo como formas de organização popular e, ao mesmo tempo, procurar descobrir as possíveis contribuições destas iniciativas para o SUS e os conselhos de saúde”¹².

Arroyo²¹ considera que está em curso uma nova conformação do pensamento e das intervenções da educação popular na saúde, que se referem aos aspectos da natureza pedagógica destas práticas, os quais visariam a “tirar o povo do ocultamento a que estava submetido nas ciências sociais, na cultura política, no pensamento da educação e da saúde e desconstruir os imaginários sociais negativos sobre o povo e mostrar as suas inconsistências”²¹. As mudanças neste sentido expressas na construção de autoimagens positivas no lugar de imaginários negativos construídos pelas próprias classes populares e, na medida em que as classes populares tornavam visíveis as novas imagens que desenvolveram sobre si, estas eram incorporadas nas práticas de educação popular em saúde e contrapostas ao sistema de ideias e de imagens dominantes, num movimento em que os coletivos populares iriam se revelando por si e se inserindo no cenário político e cultural. Para este autor

Estamos em um momento político de especial tensão entre as imagens sociais dominantes sobre o povo e as autoimagens que os movimentos sociais populares vêm construindo sobre si

mesmos. Privilegiar os vínculos entre educação popular e saúde, equidade e justiça social revelará a sensibilidade da educação popular e saúde para este novo momento posto na cena política pelos setores populares organizados”²¹.

Nesse contexto estaria estabelecido um “processo político-pedagógico de confronto de significados”, que ensejariam a emergência de novas formas de pensar e atuar com os setores populares. Contudo, para além da superação dessas imagens estereotipadas por parte dos educadores, é importante que este movimento seja seguido pelo confronto e desestabilização da cultura política dominante, como condição para a libertação dos setores populares em relação a essas representações dominantes. Além disso, para além da superação dos sistemas de representações sobre o povo, deve-se levar em conta que mudaram, por parte dos movimentos populares, os modos como estes passaram a se identificar, se representar e se mostrar à sociedade, o que implicaria uma nova dinâmica política cultural. Seria este um momento de reconhecimento dos movimentos populares como os “novos pedagogos da sociedade, da cultura política, social e pedagógica”, que interagem como sujeitos nesses movimentos de confronto, com os quais os educadores em saúde dariam continuidade aos seus processos de educação²¹.

A pedagogia desenvolvida até então daria lugar a pedagogia dos movimentos, cujos componentes estruturantes são concepções pedagógicas, didáticas e seus processos de formação que brotam do âmago dos movimentos. Em outras palavras,

Será necessário encontrar o pedagógico nas resistências, inconformismos, rebeldias e até “violências”; nas lutas coletivas e nas frentes e campos dessas lutas por terra, teto, território, trabalho, vida, saúde, sobrevivência, memória e identidade, entre outras. Sobretudo, será necessário rever a visão que o próprio movimento de educação e saúde construiu em relação aos setores populares, ao longo das últimas quatro décadas; passar a reconhecer nos setores populares organizados e seus movimentos os novos educadores; entender e reconhecer a pedagogia dos movimentos, suas concepções pedagógicas, suas didáticas e seus processos de formação²¹.

A repolitização e radicalização da pedagogia popular se funda na recomposição das lutas no campo do direito, vinculando as políticas sociais com a noção de igualdade, justiça e equidade, na qual o povo se recoloca como sujeito de direitos. Na perspectiva dos movimentos de repolitização e a radicalização da pedagogia popular, as questões norteadoras da prática de educação popular em saúde, segundo o autor seriam do tipo

(...) que dimensões adquirem a saúde, as doenças, a precarização da vida, do trabalho, das condições de viver, quando a vida e a saúde são reivindicadas como direito? O que é ser um profissional de direitos? Que saberes sobre os direitos e sua história de afirmação-negação terá de dominar um profissional-educador de saúde popular²¹?

Questões dessa natureza implicariam a articulação e entrelaçamento dos direitos e orientariam a formulação e implementação das políticas no campo da saúde, constituindo, segundo o autor, “um dos traços mais fortes da educação popular e de saúde: equacionar ações, defender políticas que façam avançar a garantia dos direitos fundamentais na diversidade de suas articulações com o direito à educação e à saúde”²¹.

CAPITULO II

SOBRE AS MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO E AS SUAS IMPLICAÇÕES NOS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS

1. Das mudanças na composição etária da população

Somente a partir da década de 1960 o envelhecimento começou a ser observado e estudado no Brasil. Atualmente a população idosa é o segmento que mais cresce em termos proporcionais, expressão da transição demográfica e da transição epidemiológica, características primordiais da transformação da pirâmide etária.

O Brasil, tinha uma população extremamente jovem, com o declínio da fecundidade, o número de nascimentos passou a cair, o que fez com que se iniciasse o estreitamento da base da pirâmide etária e a população idosa passasse a ser um componente mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base²².

O autor reitera que a baixa de mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento. Logo, o envelhecimento populacional não se refere a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice²².

Mendes²³ afirma que a mudança na estrutura etária da população, refere-se também à transição epidemiológica, decorrente da transição das condições de saúde caracterizadas pela queda das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. O autor garante que os ciclos destas condições de saúde são diferentes e as define baseando em seguimentos chaves, a partir dos quais as diferenças seguem o seguinte arranjo:

Condições agudas: “apresentam uma duração limitada da condição; uma manifestação abrupta; a causas usualmente simples, diagnóstico e prognóstico usualmente precisos; intervenções tecnológicas usualmente efetivas; e o resultado das intervenções leva, em geral, à cura”²³.

Condições crônicas: “o início da manifestação é usualmente gradual; a duração da doença é longa ou indefinida; as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; o resultado, em geral, não é a cura, mas o cuidado; as incertezas são muito presentes; e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar”²³.

Nesse sentido, as condições de saúde - agudas e crônicas - são diferentes quanto aos seus circuitos de evolução no que se referem ao tempo de duração, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, a frequência e o plano de cuidado. É relevante inferir que as condições de saúde agudas podem evoluir para crônicas.

Considerando que Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira, Mendes²³ afirma que um dos problemas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica acelerada a ser enfrentado será a tripla carga de doenças com predomínio das condições crônicas, visto a assistência à saúde e predominantemente voltada para atenção às condições agudas e as agudizações das condições crônicas, esta articulada de forma fragmentada operando de forma episódica e reativa.

Diante ao exposto é notável que o SUS não responda de forma adequada à situação de saúde atual e desta forma há a necessidade da implantação de novos modelos tecnoassistenciais que reconsidere em bases reais uma atenção à saúde voltada para as condições agudas e crônicas. Para este autor,

“há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com

efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira”²³.

2. Envelhecimento e medicamentos

A doença e os medicamentos estão presentes no dia-a-dia das pessoas idosas. Problemas como mudanças na qualidade de vida, alterações comportamentais, declínio e dependência funcional, falta de atendimento diferenciado segundo a faixa etária, erros de medicação - no tocante distribuição, prescrição e uso, com ênfase especial sobre as consequências sociais, médicas e econômicas resultantes destes, são alguns fatores encontrados na literatura, que remetem à necessidade de conhecer mais sobre o envelhecimento e o consumo de medicamentos.

Os idosos consomem, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, devido à presença da(s) doença(s) em especial aquelas crônicas não transmissíveis, que requerem tratamento medicamentoso de uso prolongado. Desta forma a polifarmácia é a regra que predispõe à ocorrência de interações medicamentosas e pode vir acompanhado de outros fatores que devem ser considerados para o sucesso da terapêutica, dentre este encontra-se a adesão a terapêutica²⁴.

Como destacado por Rozenfeld²⁵,

“A farmacologia para os idosos tem particularidades, pois com a idade diminui a massa muscular e a água corporal. O metabolismo hepático, os medicamentos homeostáticos, assim como a capacidade de filtração e de excreção renal pode ficar afetada. Disso decorre a dificuldade de eliminação de metabólitos, o acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e a produção de reações adversas. Pode, inclusive, haver superposição entre essas últimas e os quadros mórbidos pré-existentes”²⁵.

Nesse sentido é preciso conhecer o perfil dos assistidos, segundo as diferentes realidades; ao mesmo tempo, avaliar o grau de capacidade que a pessoa tem para tomar suas decisões, no que se refere a aceitar ou não a terapia medicamentosa, avaliar a qualidade dos produtos que serão prescritos, conhecer o perfil das reações adversas, dimensioná-las, identificar os seus impactos clínicos, sociais e monetários²⁵.

Apesar de os medicamentos serem uma ferramenta terapêutica de grande valor vários problemas relacionados ao uso desses produtos pelos idosos têm sido verificados nas pesquisas sobre o tema: automedicação, utilização de medicamentos considerados impróprios para o consumo por esta faixa etária, polifarmácia, falta de adesão aos tratamentos indicados, falta de acesso aos produtos prescritos, entre outros^{25,25}. emprego

A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, seu correto uso – dose, tipo e intervalos – e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares, são alguns dos elementos essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso³.

A fonte de indicação de medicamentos mais frequentemente relatada pelos idosos é a prescrição médica. No entanto, é comum a ocorrência de prescrições consideradas não ideais, as chamadas prescrições subótimas. Rozenfeld²⁵, afirma que os medicamentos são indicados para os idosos sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica.

A subutilização definida como omissão do uso de medicamentos indicados para o tratamento ou prevenção de uma doença ou condição Luz²⁶, pode decorrer da ausência de prescrição, de um tratamento adequado para o indivíduo; da prescrição de doses e/ou frequências, duração de uso, inferiores ao necessário ou, então, quando o indivíduo não faz uso integral de um tratamento prescrito ou faz uso parcial do mesmo, seja reduzindo as doses e/ou a duração do tratamento prescrito.

Rozenfeld²⁵ em seu estudo sobre a prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos, descreve uma série de medidas a serem seguidas diante ao paciente idoso.

“estímulo ao emprego de medidas não farmacológicas; acompanhamento com revisão periódica, do conjunto dos medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos: preferência por monodrogas, em detrimento das associações em doses fixas; preferência por fármacos de eficácia comprovada através de evidência científicas; suspensão do uso , sempre que possível;

verificação da compreensão da prescrição e das orientações farmacológicas ou não farmacológicas; simplificação dos esquemas de administração; atenção aos preços”²⁵.

Inúmeros fatores contribuem para a limitação do conhecimento do paciente idoso relacionado ao tratamento medicamentoso. Dentre estes destacam-se a falta de aconselhamento individualizado, a falta de informação escrita personalizada; a ausência de reforço das instruções orais; a incapacidade para recordar as informações previamente apresentadas e a ausência de um ajudante ou auxiliar na hora de tomar a medicação Teixeira⁴. Aliada a estes fatos, fica limitada a compreensão das informações contidas nas bulas dos medicamentos, em grande parte pela própria condição de não-conhecimento técnico, tornando as bulas em sua maioria insatisfatórias quanto aos itens “Informações ao Paciente” e “Informações técnicas”

Cabe aos profissionais da saúde tentar amenizar os problemas propiciados pela farmacoterapia e é importante salientar que a informação da população sobre este assunto é uma das formas de minimizar os riscos referentes às intoxicações e ocorrências de eventos adversos⁴.

A habilidade da comunicação aliada a informação sobre os fármacos prescritos aos pacientes podem garantir resultados mais satisfatórios na terapia farmacológica e fornecer ao paciente a motivação necessária para o tratamento⁶.

Para tanto, Tierling⁵ indica a necessidade de atuação dos profissionais da área da saúde na qualificação do conhecimento da população usuária de medicamentos. Prover educação continuada aos usuários de medicamentos passa a ser tarefa inadiável destes profissionais de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas fornecendo ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável.

⁴ Gonçalves, S.A.; Melob, G.; Tokarski, M.H.L.; Barbosa-Branco, A. Bulas de medicamentos como instrumento de informação técnico-científica. Rev. Saúde Pública, v.36, n.1, p.33-39, 2002 apud⁴.

Os problemas decorrentes da não adesão ao tratamento medicamentoso aumentaram nas últimas décadas e têm preocupado os profissionais de saúde. Os estudos que abordam essa problemática, particularmente nos idosos, indicam vários fatores relacionados a não adesão ao tratamento. Estes podem ser intencionais, quando o doente conscientemente toma a decisão de não tomar os medicamentos prescritos; e não intencional, devido a regimes complexos; grande número de medicamentos; dificuldade em abrir os distribuidores/embalagens da medicação e problemas de memória.

A experiência de tomar medicamentos é um processo metódico que conduz ao hábito de tomar medicamentos. Implica um ajuste a um determinado estilo de vida; ajustar essa vida aos efeitos secundários que alguns medicamentos causam; ao suporte social necessário e a gerir o regime terapêutico por forma a conseguir a melhor qualidade de vida possível²⁷.

A forma como os profissionais de saúde interagem e se comunicam com os pacientes é um importante determinante da adesão ao tratamento: pacientes satisfeitos com a equipe e com o tratamento aderem melhor às recomendações²⁸.

Caprara²⁸ afirma que 25% dos benefícios terapêuticos derivados da prática médica não estão ligados às capacidades técnicas dos médicos, aos efeitos dos medicamentos ou aos efeitos placebos. Resultariam da própria palavra do médico sobre uma série de sintomas que surgem como eventos ligados aos fenômenos de estresse.

Carvalho²⁹ destaca o fato de que apesar da qualidade técnica do cuidado e a maneira como esse cuidado é dispensado não serem interdependentes, o paciente não faz distinção entre os dois, avaliando os dois fatores indistintamente. Isso pode contribuir para que a satisfação dos pacientes frente à atenção de saúde recebida seja diretamente relacionada à adesão ao tratamento.

Em 2004 foi aprovada a Resolução nº. 338 do Conselho Nacional de Saúde – CNS³⁰ que estabelece o modelo da assistência farmacêutica incorporando valores éticos, comportamentos, habilidades e responsabilidades dos profissionais na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

O farmacêutico pode colaborar com a implantação da assistência farmacêutica no SUS, participando das equipes do Programa de Saúde da Família, o que favorece a comunicação entre o farmacêutico e o paciente, melhorando suas ações e a atenção básica. É um profissional de saúde que desenvolve suas atividades em áreas laboratório, farmácia e indústria e deveria ter além da formação científica, habilidades de comunicação para desenvolver o papel educativo inerente ao ESF, inclusive no que se refere à prescrição e ingestão medicamentosa Passamai⁵.

No Brasil os medicamentos são colocados como mercadoria comum e submetidos a práticas comerciais o que demonstra a importância do papel do farmacêutico na saúde, já que o consumo leigo e abusivo se tornou um problema social. Nesse contexto a comunicação entre o farmacêutico e o paciente tem por finalidade o direcionamento, aconselhamento e a educação em relação ao uso correto dos medicamentos, envolvendo questões técnicas, humanas e éticas³¹.

Porém é preciso ter consciência que orientar e desenvolver ações educativas sobre medicamentos não são atividades exclusivas do farmacêutico, mas de todos os profissionais da equipe de saúde, tendo em vista que o acesso do paciente aos serviços de saúde e aos próprios medicamentos não são o suficiente para garantir o êxito do tratamento³¹.

3. Sobre as políticas em vigência que corroboram as práticas de atenção à saúde do idoso

Os subitens versam a respeito da Política Nacional de Atenção Básica³² a Saúde que estabelece normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários, a Política

⁵ Oliveira, Mary Jane Limeira. Assistência Farmacêutica: a percepção dos gestores e profissionais de saúde em São Luís (MA). Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, UFRGS, 2004 apud³¹.

Nacional de Humanização³³ com a finalidade contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa³⁴, que regulamenta e assegura direitos sociais à pessoa idosa e por fim a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde³⁵, como um modo presente em toda a extensão das práticas de saúde. Esses dispositivos legais orientam as ações, sociais e de saúde, e deve garantir a populacional idosa uma atenção digna e saudável.

3.1. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde – PNAB

A Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, instituiu Política Nacional de Atenção Básica³², estabeleceu e redefiniu os seus princípios gerais, responsabilidade de cada esfera de governo, a infraestrutura e os recursos necessários, o cadastramento das unidades que prestam serviços básicos de saúde, o processo de trabalho e as atribuições das equipes de atenção básica, o processo de educação permanente e as especificidades da Saúde da Família.

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”³².

Reitera a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, da responsabilização, humanização, equidade e da participação social.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em

que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade.

A Portaria Ministerial nº 648, no que diz respeito à Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, ESF deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania”³².

A PNAB³² define as responsabilidades de cada esfera de governo na Atenção Básica. Confere à União a responsabilidade de elaborar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica em seu território. Ao Estado compete a responsabilidade de apoiar técnica e financeiramente a gestão da atenção básica. Confere ao Município a autonomia em organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, dentro do seu território, a partir das diretrizes nacionais e estaduais. O dever de se absorver e qualificar cada vez mais a Atenção Primária à Saúde é comum a todas as esferas.

Em 28 de junho de 2011, a Lei nº 8.080/90, também chamada de Lei Orgânica da Saúde³⁶, considerada a Lei mais importante da área da saúde, foi regulamentada pelo Decreto nº 7508. Esse, em linhas gerais, definiu melhor alguns conceitos essenciais ao Sistema Único de Saúde como os princípios

organizativos, a regionalização, hierarquização, região de saúde, rede interfederativa, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, contratos entre os entes públicos, comissões intergestores, reconhecimento e a formalização da Atenção Primária como porta de entrada do SUS e como ordenador do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Este Decreto, no seu Capítulo I, Art. 2º, Inciso I, considera Região de Saúde:

“espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”³⁶.

Cada Região de Saúde deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde e serão referências para as transferências de recursos entre os entes federativos.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região³⁷.

A PNAB³⁸ foi atualizada pela Portaria nº 2.488, em 21 de outubro de 2011, que reviu as diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Manteve as disposições anteriores e incorporou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Unidades de Saúde Fluviais, além da presença de profissionais de saúde bucal nas equipes de Saúde da Família, flexibilização da carga horária médica nas equipes de Saúde da Família, os Consultórios de Rua e, no âmbito da atenção básica, o Programa Saúde na Escola (PSE).

Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência de atendimento, bem como sua resolutividade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das ESF.

Na PNAB a atenção básica e a atenção primária nas atuais concepções, são consideradas como equivalentes.

A atenção primária considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade, do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Deve cumprir algumas funções:

- Estar voltada às necessidades de saúde das pessoas e coletividades de um Território sobre o qual tem responsabilidade;
- Ser estruturante do Sistema e ser principal porta de entrada;
- Ofertar uma atenção multiprofissional e integral à saúde articulando com redes públicas e sociais visando uma ação intersetorial;
- Gerir o Cuidado do usuário no seu caminhar pelo sistema, ser resolutiva no que diz respeito a impacto na saúde, satisfação do usuário e ampliação da autonomia do mesmo e da coletividade³⁸.

A PNAB tem a ESF como sua estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorganização do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os encaminhamentos de implantação do SUS.

As Redes de Atenção à Saúde – RAS³⁷ constituem “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”³⁷. Essa é uma nova forma de organizar o

sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

No que se refere à Relação Nacional de Medicamentos Essências – RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. Será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

3.2. Política Nacional de Humanização na Saúde – PNH

Lançada em fevereiro de 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH³² constitui-se em uma política transversal na rede, estruturada com um conjunto de princípios, diretrizes, dispositivos e métodos, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil³².

A PNH valoriza a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, observando as potencialidades e limitações dos seus atores, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão; trabalhando os conflitos; a diversidade de ideias e interesses, buscando contagiar profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS com ideias e diretrizes de humanização. Trabalha com sujeitos concretos apoiando a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, favorecendo a trocas de saberes, fortalecendo o trabalho em equipe exercitando a transversalidade e ampliando as grupalidades.

Estabelece compromissos e contratos com os atores das práticas de atenção à saúde, favorecendo a construção da autonomia e protagonismo de indivíduos e coletivos implicados na rede do SUS, aumentando o grau de corresponsabilidade nos processos de gestão e de atenção. Com essa finalidade, a PNH tem investido no fortalecimento do controle social com caráter participativo

em todas as instâncias gestoras do SUS, estimulando os vínculos com os gestores, trabalhadores e usuários.

A operacionalização da PNH dá-se pela oferta de dispositivos, tais como: a ambiência, apoio matricial, equipes de referência, projeto terapêutico singular, colegiado gestor, acolhimento com classificação de risco, entre outros. O acolhimento constitui deve ser executado em todos os locais e momentos dos serviços de saúde. É uma diretriz que permite operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, implicando o compartilhamento de saberes e a escuta qualificada face as necessidades apresentadas pelos usuários da rede de serviços, com uma postura capaz de pactuar respostas e encaminhamentos responsáveis e mais adequados junto aos usuários.

Para garantir uma assistência humanizada, o acolhimento da pessoa idosa pressupõe uma atenção contínua, eficaz e requer que os profissionais de saúde compreendam as especificidades do processo de envelhecimento e as bases legais vigentes. A atenção à pessoa idosa demanda atendimento diferenciado, com profissionais com formação/ treinamento especializado. Devem estar preparados para lidar com a dimensão subjetiva da pessoa idosa; valorizar a abordagem interdisciplinar no diagnóstico e tratamento; e se orientar pela integração dos três níveis de complexidade do SUS (básico, média e alta complexidade) na perspectiva da integralidade da atenção.

Também no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) é imprescindível que os profissionais de saúde sejam formados e capacitados para prestar uma atenção humanizada e integral ao idoso, levando-se em consideração as necessidades locais de saúde, pois é ali que as pessoas vivem, estabelecem suas relações e onde se percebem as reais vulnerabilidades do indivíduo e os fatores de risco que podem levá-lo ao sofrimento³⁹.

No manejo com a pessoa idosa os profissionais de saúde devem estar atentos ao estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando a experiência que eles acumularam ao longo de toda uma vida, o que atesta que o idoso não é um vazio de conhecimento. Deve-se compreender que estes são

capazes de responder as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas e, no mínimo, são portadores de um saber que necessita ser transformado na perspectiva da interação e do encaminhamento do diagnóstico e tratamento. Faz parte do respeito dispensado ao idoso o cuidado em não infantilizá-lo, cumprimentá-lo pelo nome próprio, manter contato visual e estar receptivo à diminuição das capacidades sensório-perceptivas.

O acolhimento otimiza o acesso dos usuários aos serviços de saúde, humanizando as relações entre os profissionais e aqueles que buscam por atenção. Acolher a pessoa idosa é garantir o acesso como direito, percebendo sua subjetividade, sua rede familiar e social, buscando sempre o máximo da autonomia frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e, portanto, pactuando as ações de cuidado de modo corresponsável.

3.3. A Política Nacional de Saúde de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa³⁴, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, visando garantir o acesso universal e integral da atenção criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Considera que a perda da capacidade funcional é um dos principais problemas que pode afetar a saúde do idoso, perdendo suas habilidades físicas e mentais para realização de atividades diárias.

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, publicado em fevereiro de 2006, apresenta a saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas nas três esferas de governo, apresentando uma série de ações que visam em última instância, à implementação de algumas diretrizes da PNSPI³⁴.

Tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade.

As diretrizes da PNSPI³⁴ orientam-se para a promoção da saúde, atenção integral do idoso, para a quebra de preconceitos quanto ao envelhecimento e do compromisso dos gestores para investir recursos em cuidados prolongados. São elas:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- 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.

Apesar dos avanços ocorridos ao longo dos anos no que diz respeito às políticas voltadas ao cuidado com o idoso, estas ainda estão limitadas quanto à oferta de serviços e programas de saúde. No cenário atual, as famílias estão com grandes responsabilidades enquanto o Estado apresenta-se por uma parte pontual do serviço. Faz-se necessário uma política mais veemente no que se

refere aos papéis atribuídos às famílias e os apoios que cabem a uma rede de serviços oferecer a um idoso dependente e aos seus familiares⁴⁰.

O texto da PNSPI direciona uma leitura voltada para a promoção da saúde, mas é importante ressaltar que a cronicidade das doenças mais prevalentes em idosos, além de ser de longa duração, exige profissionais qualificados, equipes multidisciplinares, equipamentos e exames complexos. O desafio da PNSPI é quebrar paradigmas, modificar conceitos estabelecidos, incorporar as novas tecnologias, investir recursos e viabilizar as operações.

3.4. A Política Nacional de Educação Popular no âmbito do Sistema Único de Saúde - PNEPS-SUS

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - PNEPS-SUS³⁵ foi instituída pela Portaria nº 2.761 do Ministério da Saúde, de 19 de novembro de 2013. Marca a consolidação de uma prática política e discursiva desenvolvida há décadas em torno das ações educativas em saúde com vistas ao processo de implementação do SUS, que se pauta pela ratificação dos seus princípios de Universalidade, Integralidade, Equidade e Controle Social.

Reitera a educação em saúde como presente em toda a extensão das práticas de saúde e a consideração da diversidade de saberes, da ancestralidade e do incentivo à produção individual e coletiva do conhecimento.

Está estruturada com base nos princípios do diálogo; da amorosidade; da problematização; da construção compartilhada do conhecimento; da emancipação e do compromisso com a construção de um projeto democrático popular para a sociedade brasileira.

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.

§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.

§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados”³⁵.

Os eixos estratégicos que operacionalizam esses princípios orientam-se para a participação social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimentos; cuidado em saúde e intersetorialidade e diálogos multiculturais.

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas.

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a resignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo

ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.

§ 3º O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS.

§ 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras”³⁵.

Tem como objetivo geral

(...) implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo para a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde³⁵.

O texto da PNEPS-SUS revela uma decisão pela incorporação do referencial freireano no discurso oficial do Ministério da Saúde, como detentor das atribuições de coordenação do processo de formulação e implementação dessa Política, que se evidenciam na presença de conceitos como emancipação, libertação, estabelecimento de vínculos, solidariedade, amorosidade.

Se o diálogo até este ponto evidenciou o caminho trilhado pelas práticas políticas e teóricas em torno da educação em saúde, e o protagonismos dos seus sujeitos identificados como classes populares, intelectuais, acadêmicos e profissionais da saúde, a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde; a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, evidenciam o modo como o discurso da educação popular, da participação social e do controle social desenvolvem capilaridade nos espaços das práticas de atenção em saúde e apontam para espaços que podem constituir marcos de referência para uma ação politicamente direcionada e intencional.

Em outras palavras, é possível estabelecer um novo ponto de partida para as possibilidades de interações no campo da saúde de abordagem mais geral ou mais específica, como é o caso do Objetivo Geral desta Dissertação, que trata

dos processos que se estabelecem entre profissionais de saúde e idosos no tocante ao uso de medicamentos em uma unidade de saúde da Regional de Saúde de Ceilândia – DF.

CAPITULO III

OBJETIVOS

1. Objetivo geral:

Descrever o processo de interação entre o profissional de saúde e a pessoa idosa no tocante ao uso de medicamentos em um Centro de Saúde do Distrito Federal.

2. Objetivos específicos:

- Identificar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao processo de envelhecimento.
- Identificar a percepção dos idosos em relação ao processo de envelhecimento.
- Conhecer a percepção do idoso usuário sobre as dificuldades no uso de medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde.
- Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre as dificuldades na assistência medicamentosa a pessoa idosa.
- Identificar as ações oferecidas pelos profissionais de saúde à pessoa idosa no que tange ao uso de medicamentos.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, de caráter exploratório e de natureza qualitativa que aborda a interação dos profissionais de saúde com a pessoa idosa quanto ao uso de medicamentos.

O seu caráter exploratório diz respeito à busca de maior familiaridade com o problema investigado⁴¹, enquanto a sua natureza qualitativa revela-se como a mais apropriada para a incorporação de questões de significado e de intencionalidade como inseparáveis dos atos, das relações e das estruturas sociais ou, então, para evidenciar as relações humanas estabelecidas em torno de um objeto de investigação⁴².

1. Sujeitos e local de estudo

Participaram deste estudo profissionais de saúde de nível superior, lotados em um Centro de Saúde da cidade de Ceilândia/DF, que prestam assistência ao usuário com idade igual ou maior há 60 anos, residentes na Cidade de Ceilândia, adscritos na área de abrangência do Centro de Saúde. Participaram também, idosos com idade igual ou maior a 60 anos que residem e estão adscritos a área de abrangência do Centro de Saúde. Os sujeitos foram selecionados ao acaso, de forma aleatória, e contou com a participação das pessoas idosas que passaram por consulta médica, de enfermagem, de nutrição, com a assistente social e educador físico, nos 20 dias de coletada realizadas no mês de abril de 2013.

2. Técnica e instrumento para coleta de dados

Para coleta de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, Observação Participante (OP), Grupo focal (GF) e entrevistas estruturadas.

A essência do GF foi justamente na interação entre os participantes e a pesquisadora, objetivou colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos, identificando percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes e estimulando assim o pensamento da pesquisadora. Como instrumento de coleta foi utilizado um roteiro (apêndice A e B) contendo cinco tópicos que permitiu a flexibilidade necessária para buscar as informações procuradas permitindo cobrir assuntos não previstos⁴³.

A organização e planejamento do grupo focal têm impacto direto nos dados coletados, portanto se apresenta esquematicamente as etapas utilizadas neste processo para o planejamento do grupo focal, pois contribuem para obtenção de resultados efetivos na aplicação da técnica.

Já o uso da Observação Participante (OP) buscou identificar e obter aspectos sobre os quais os profissionais e usuários não têm consciência, embora orientem seus comportamentos⁴⁴. Nesse sentido o objetivo não foi apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou ferramentas relativas ao objeto em estudo e possibilitou a convivência do investigador com a pessoa ou grupo estudado e cria condições privilegiadas para que o processo de observação seja conduzido e dê acesso a uma compreensão que de outro modo não seria alcançável. A experiência direta do observador com a vida cotidiana do outro, seja ele indivíduo ou grupo, é capaz de revelar na sua significação mais profunda, ações, atitudes, episódios, etc^{41,45}.

Para a OP foi utilizado como instrumento guia (Apêndice F) o Diário de Campo. Este teve como objetivo registrar, em tempo real, atitudes, fatos e

fenômenos percebidos no campo de pesquisa. Essa ferramenta permitiu deixar registrado 'a vida da pesquisa', uma vez que permitiram sistematizar as observações às mudanças de direção necessárias ao longo do processo, os insucessos para posteriormente analisar os resultados.

Foram feitos registros diariamente, datados, sinalizando os sujeitos envolvidos, o local, a situação observada, as condições que podem estar interferindo no fato, a influência da rotina e as normas da UBS. Para tanto o diário de campo foi dividido em duas colunas, assim foi possível incluir, num lado, tudo o que diz respeito às observações realizadas, no outro, as impressões ou conclusões.

3. Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo segundo Bardin⁴⁶. Essa técnica preconiza a organização dos dados seguindo as fases: 1) pré-análise - fase da escolha, do preparo do material e estabelecimento de indicadores; 2) exploração do material - etapa da categorização; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação - a comparação e confrontação descritas pela compreensão⁴⁶.

Nesse contexto foram observadas as seguintes etapas para análise de dados: a) leitura flutuante, b) escolha dos documentos a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise seguida da definição de categorias; e, c) a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos por último tratamento dos resultados foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Os dados coletados na Observação Participante foram analisados com o auxílio do software EPlinfo version 6 para a identificação da frequência e da porcentagem da conduta dos profissionais frente a pessoa idosa.

4. Procedimentos éticos e legais

A pesquisa em questão foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde /Distrito Federal, cumprindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 Somente após a aprovação (Parecer Consubstanciado nº: 187.293 – Anexo B) a coleta de dados foi operacionalizada.

Os participantes da pesquisa foram informados sobre a confidencialidade, aspecto voluntário, assim como a preservação do anonimato e ainda sobre o direito de se retirarem do estudo em qualquer momento sem sofrerem nenhum prejuízo. Também foram informados sobre o destino dos dados que é a apresentação do estudo para obtenção do Título de Mestre e para publicações científicas futuras.

Os instrumentos de coleta de dados serão guardados pela pesquisadora durante cinco anos a contar da data de publicação dos dados e após esse período será incinerado.

CAPITULO V

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações que embasam este Capítulo foram coletadas mediante as técnicas do Grupo Focal, Entrevistas semiestruturadas, Observação participante, Pesquisa bibliográfica e Pesquisa documental. Os instrumentos foram coerentemente construídos e testados com base nas categorias de análise estabelecidas para este estudo. Algumas destas categorias foram estabelecidas previamente ao início do estudo, como consta do seu Projeto original, e outras foram definidas a partir da leitura exaustiva dos materiais coletados, nos moldes da pesquisa qualitativa aqui adotada.

Desse modo, definiram-se quatro categorias de análise:

1. a concepção sobre envelhecimento predominante entre os protagonistas do estudo (idosos e componentes da equipe de saúde);
2. as decorrências mais marcantes do processo de envelhecimento;
3. a percepção dos idosos sobre as orientações que recebem da equipe em relação aos medicamentos;
4. a abordagem de natureza pedagógica que orienta a interação entre os idosos e a equipe de saúde, na Unidade de Saúde em Estudo.

O Capítulo está estruturado com base em quatro movimentos: No primeiro movimento apresentam-se alguns indicadores de saúde como estratégia de ilustrar a situação de saúde cenário deste estudo.

O segundo movimento é marcado pelos dois grupos focais, cujas montagens privilegiaram a emergência de dados sobre as experiências subjetivas dos protagonistas sobre a questão do envelhecimento, fossem elas vivenciadas

nos espaços dos serviços, nas relações pessoais de cunho familiar, ou em outros espaços possíveis de experiências humanas nesse sentido.

O terceiro movimento levanta as experiências dos idosos e dos profissionais no espaço das práticas de atenção em saúde, enfatizando-se este momento como a objetivação do processo de trabalho protagonizado por estes dois sujeitos. Os dados foram coletados na forma de entrevistas semiestruturadas e da observação participante, sendo incorporados aos resultados colhidos nos Grupos focais e organizados em torno das quatro categorias de análise já citadas.

No quarto movimento foram agregados resultados de produções científicas relacionados com o tema de estudo e as propostas institucionais que orientam na atualidade as práticas de saúde do idoso em termos de políticas, programa e ações.

Este procedimento foi valorizado como condição para a reunião de sinais que contribuíssem para a reiteração, questionamento e refutação dos achados; e, se possível, para a formulação de um Sistema de Hipóteses sobre a temática trabalhada; encaminhamento de propostas e sugestões sobre futuros trabalhos na linha deste estudo.

1. Sobre a situação de saúde de Ceilândia

A cidade de Ceilândia surgiu em decorrência da Campanha de Erradicação de Favelas – CEI que foi o primeiro projeto de erradicação de favelas no Distrito Federal (DF), com início em 27 de março de 1971. A chegada constante de novos migrantes ao Distrito Federal e a criação do Programa Habitacional da Sociedade de Habitação de Interesse Social - SHIS levaram o governo a criar outras áreas em Ceilândia.

Hoje a Ceilândia possui uma área urbana que está subdividida em diversos setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O,

Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA 9 (área rural da região administrativa).

O setor Privê, outro bairro da localidade, está em fase de legalização, assim como os condomínios Por do Sol e Setor Habitacional Sol Nascente. A Região Administrativa - RA IX está situada a 26 quilômetros da RA I – Brasília, e foi criada pela Lei n.º 49/89 e o Decreto n.º 11.921/89.

Ceilândia conta com 01 (um) Hospital Regional, 11 (onze) Centros de Saúde, 01 (um) Posto de Saúde Rural e 01 (um) Posto de Saúde Urbana, inaugurados a partir de 1980 e 01 (um) Laboratório Regional e apresenta cobertura de 16,56 % pela Estratégia Saúde da Família.

Segundo dados do Censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística², sua população é estimada em 415.531 habitantes, com a maior concentração populacional na área urbana tradicional, seguida do Setor Habitacional Sol Nascente - SHSN e menor concentração na área rural da cidade. No DF, a população idosa é de 203.408 pessoas, sendo 87.474 homens e 115.934 mulheres.

O grau de instrução da população concentra-se no 1º grau incompleto e uma parcela pequena já concluiu o ensino superior. Uma conquista recente da cidade, foi à implantação do Campus da Universidade de Brasília – Faculdade Ceilândia, que atualmente possui 6 cursos de graduação na área da saúde: Saúde Coletiva, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e mais recentemente o curso de Fonoaudiologia.

Por ser uma RA já consolidada, a maior parte das casas são permanentes, construídas de alvenaria. Nota-se discrepância quando se trata do SHSN e Condomínio Pôr-do-Sol, que se encontra em situação de irregularidade e abriga famílias de menor poder aquisitivo.

Assim como no Distrito Federal, na Ceilândia o abastecimento de água pela rede geral tende à universalização, assim como a rede de energia elétrica. Quanto à coleta de lixo 82,4% dos domicílios é atendido pelo serviço de limpeza

urbana. Pressupõe-se que a parte não atendida pelo serviço se refere à demanda do SHSN e Condomínio Pôr-do-Sol que ainda não são atendidos por se tratar de uma área irregular.

Ao analisarmos a realidade através Relatório Epidemiológico de Eventos Vitais do DF de 2009, Pesquisa Distrital por amostra de Domicílios², Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, Instrumento de Estatística do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Instrumento de supervisão do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, Sistema de Informação da Atenção Básica e outros instrumentos, temos com muita clareza e uma certeza científica nos dado que vamos apresentar.

No perfil epidemiológico da Regional de Ceilândia, a mortalidade por grupos de causas as patologias do aparelho cardiovascular ocupa o primeiro lugar, seguida pelas neoplasias, causas externas, e patologias do aparelho respiratório. O coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias caíram significativamente nos últimos anos, o que se deve à ampla cobertura vacinal, saneamento básico, avanços terapêuticos e as melhorias das condições de vida.

Quando confrontamos os perfis de morbidade e de mortalidade, observamos um alto índice de violência (acidente de transporte, homicídios), resultando na terceira causa geral de óbitos e em primeira causa específica preponderando os homicídios 34,4 por 100.000, e em relação aos acidentes de transporte 18,9 por 100.000. Estes óbitos ocorrem na sua maioria esmagadora no sexo masculino e entre adultos jovens.

A mortalidade infantil é de 15,4 por 1.000 nascidos vivos, com sua maior concentração no período neonatal, e o comitê de mortalidade neonatal e infantil vem demonstrando uma curva ascendente de óbitos com incremento à custa preponderante da mortalidade neonatal. O número de casos investigados de óbitos infantis foi de 40,85% dos 71 ocorridos no ano de 2013.

As gestantes iniciam seus pré-natais tardiamente em 32% dos casos, e 1,8% parturientes não fizeram nenhuma consulta de pré-natal. A incidência de

gravidez na adolescência está em 14,8% comparado ao DF que apresenta um percentual de 13,6%. No que se referem aos partos cirúrgicos estes estão no patamar de 34%. Ressaltamos que ainda ocorrem óbitos entre as mulheres por causas evitáveis como as neoplasias do colo de útero.

Dados do último censo do IBGE² revelam que a população da Regional de Saúde de Ceilândia apresenta o mesmo padrão de verificado em nível nacional, o qual é acompanhado pelo aumento de pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas como diabetes, hipertensão, osteoporose, doenças neurológicas do idoso e outros. Verificando-se a necessidade de um melhor acompanhamento aos idosos portadores de doenças que levam ao desequilíbrio e síndrome de fragilidade e queda e o incremento nas práticas educativas com esse grupo.

Em última análise observamos uma inversão do modelo de assistência, sendo grande o número de atendimentos no Pronto Socorro por pacientes que deveriam ser atendidos na Atenção Básica. Tal fato reflete a falta de investimentos na rede física da atenção primária e também a não otimização da capacidade instalada com recursos humanos suficientes e insumos.

2. Grupos Focais - Profissionais de saúde da Atenção Básica e Pessoas

Idosas

A técnica do Grupo Focal foi aplicada a um grupo constituído por idosos e a um grupo constituído por profissionais de saúde da atenção básica. Foram convidados vinte potenciais participantes profissionais de Saúde da Atenção Básica com formação superior lotados no Centro de Saúde de Ceilândia/DF, que realizam práticas de assistência ao usuário com idade igual ou maior de 60 anos e vinte potenciais participantes idosos residentes na Cidade de Ceilândia/DF, que frequentam e estavam inscritos (as) nos arquivos do Centro de Saúde com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos e com acesso à assistência dos profissionais de saúde e uso regular de medicamentos há pelo menos um ano.

As atividades iniciaram às quinze horas do dia 17 de abril de 2013 para o grupo de pessoas idosas e às 15 horas do dia 18 de abril de 2013 para o grupo de profissionais de saúde da Atenção Básica, na área de atividades educativas do Centro de Saúde de Ceilândia. De início as cadeiras foram dispostas em forma de 'U', facilitando assim a visualização, pela moderadora, observador, relator e todos os participantes do GF. Um gravador foi posicionado sobre a mesa para a captação da voz; uma filmadora foi posicionada em ponto de visão inicial ao ambiente e outra ao final próximo à porta de saída da sala.

A pesquisadora posicionou-se na entrada da sala e com a lista dos potenciais participantes em mãos, foi realizando o acolhimento dos sujeitos da pesquisa e entregando uma ficha de identificação (apêndice I), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. (apêndice G)

O grupo focal para pessoas idosas foi realizado com nove dos vinte participantes convidados, dois homens e sete mulheres, enquanto do GF de profissionais da atenção básica participaram seis profissionais (quatro enfermeiros, um assistente social e um nutricionista).

Na desgravação e descrição das falas foram utilizados os símbolos (P) seguidos de numeral crescente para os profissionais e (i) seguidos de numerais também crescentes para citar as pessoas idosas, como forma de manutenção do sigilo sobre as identidades dos sujeitos.

O grupo focal constou de três momentos e os procedimentos adotados durante o seu desenvolvimento foram idênticos para os dois grupos (idosos e profissionais):

- a. apresentação e aquecimento mediante a projeção de um vídeo relatado por um repórter conhecido de um canal de televisão brasileiro, que trata da questão do envelhecimento;
- b. o desenvolvimento propriamente dito, mediado por questões geradoras; e
- c. o encerramento seguido de um lanche.

Após a acomodação dos participantes nas cadeiras, a pesquisadora apresentou-se como moderadora, dando as boas vindas ao grupo e apresentou os demais membros da equipe, (um relator/fisioterapeuta para anotar os acontecimentos de maior interesse e outro observador/enfermeira para auxiliar na observação da comunicação não verbal). Informou aos participantes o objetivo do estudo, a necessidade de gravação de áudio e vídeo; reforçou a importância da participação do grupo nos debates, falando o que realmente sentem em relação ao assunto, suas experiências e o que fazem no dia a dia. Recomendou aos participantes para não falarem ao mesmo tempo, como forma de favorecer as discussões com som personalizado.

Realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Esclarecido, seguida do seu preenchimento e assinatura pelos sujeitos da pesquisa e as filmadoras e o gravador foram ligados no início da sessão, uma vez que não houve nenhuma objeção a este fato.

O vídeo apresentado trás uma narrativa de uma pessoa idosa que se apresenta como ativa e com vontade de viver, e que mantém em seu mundo interior a memória viva sobre situações que ficaram para trás; certo saudosismo dos tempos de correria diária, preocupação com as despesas. Percebe-se diferente diante do espelho devido às rugas e os cabelos grisalhos, mas ainda se vê como um jovem, se sentindo atemporal. As questões estruturadoras da apresentação se concentram em torno de quatro aspectos:

- a. O tempo passou muito rápido para o idoso e ele não percebeu;
- b. jovens, não somos diferentes de vocês, não...
- c. quem inventou a velhice não a entende; e
- d. nada mudou com a velhice.

“Às vezes eu olho no espelho e me pergunto o que é ser idoso, atravesso a pupila e chego à alma. O que é ser idoso? Outro dia mesmo estava cansado voltando do trabalho preocupado com as contas e as com o atraso das parcelas do colégio dos meus filhos. Hoje meus filhos já são avós. Onde eu estava em quando tudo passa tudo tão depressa foi me escondendo entre as rugas e os cabelos brancos. Os passos tão apressados de outrora deu lugar

agora as pernas cansadas. Tudo passou como num piscar de olhos. Rosto cheio de sucos e os ombros encurvados, não combinam com a pessoa que vive dentro de mim, por dentro me sinto atemporal. Tenho vontade de realizar coisas inacreditáveis. Desejo amar, namorar contar piadas e sair como meus amigos longe das horas contadas, pra voltar. Quero vestir o jeans da moda e pintar os cabelos. Saber as últimas novidade de cultura e da política, navegar na internet, postar minhas fotos no face e seguir meus ídolos pelo twiter... jovens não sou diferente de vocês não!... Tenho sexualidade e gosto de carros e roupas bonitas. Quem inventou a velhice e colocou na cabeça das pessoas que paramos de desejar e a sonhar como jovens mentiu, mentiu feio. Continuo aquele menino cheio de sonhos. Nada mudou, não gosto de discriminação muito menos com relação à idade... a final passamos mais tempo adulto do que criança ou jovens. Se a gente for merecedor da graça de Deus e viver muitos claro”⁴⁷.

O grupo de idosos(as) assistiu ao vídeo absolutamente atento e, nas suas manifestações a respeito do seu conteúdo, emitiram sinais de concordância com o seu narrador, definindo o espaço demarcado pelo vídeo como um lugar de protagonismo do idoso, a partir das possibilidades que a vida oferece a eles, ancorados na ideia de que a experiência narrada lhes pertence porque eles a vivenciam.

“Eu achei legal! Eu achei uma boa! É importante viu (...). Ele fala pra todos, né? Mas ele tira por ele. Claro!” (i05)

“Eu acho que a pessoa de idade tem que, não tem que ser como o jovem, né?... mas o que a pessoa quiser usar, pode usar; pode sair, pode participar da sociedade, de tudo que acontece para nós, né,?.” (i08)

Do lado dos profissionais, todos assistem ao vídeo com atenção. (P03) expressa alguns sorrisos; (P02) ouve grande parte do vídeo de cabeça baixa e (P05) fez gestos de afirmação, como se concordasse com a mensagem. Quando questionados sobre as questões levantadas pelo apresentador, (P03) parte da sua experiência pessoal com seus pais, admitindo que a narração consegue traduzir as queixas e as reclamações deles sobre a condição de idosos; reconhecem nos pais a coexistência de atributos para a condição de adulto relacionada a autonomia e para a condição de idoso que o torna objeto de tratamento infantilizado por parte daqueles que os circundam.

Porém, apesar de concordarem com o material apresentado, e falando do lugar de alguém com a capacidade de tolher a liberdade do idoso, admitem, que não conseguem vê-los (os pais) nos termos e nas formas propostas na narração. (P03) abre um grande sorriso, concorda com a cabeça e comenta:

“Nossa, eu assim (...) parece o que é o próprio idoso, o sentimento sendo verbalizado... (...) mas eu não consigo vê-los fazendo exatamente o que ele narrou... (...) Eles tem essa necessidade e eles precisam satisfazer... a gente não pode tolir, parece que agora eu sou a mãe e o pai, eu fico falando não pode, não vai sair sozinho. Então na verdade eles continuam sendo adultos e tem a liberdade de fazer o que eles precisam e a gente não pode tolher não. Achar um meio termo, cuidar da segurança deles, proteger mas sem tirar a liberdade (P03)”.

“Tem que ter cuidado com as limitações, a gente acostuma a ver o pai e a mãe, segundo experiência própria, aquela pessoa ativa e de repente você vê que eles estão tendo limitações. Você às vezes dá uma escorregada, opa, eu tenho que manear um pouco, tenho que rever meus conceitos (P06)”.

Profissionais de saúde/filhos tomam consciência da inversão de papéis que se estabelece entre eles e os seus pais/pacientes, quando os profissionais passam a ser os cuidadores enquanto os idosos passam a ser aqueles que são cuidados. A noção de cuidado, seja da parte de quem cuida como da parte de quem é cuidado se expressa carregada da ideia da “capacidade ação sobre o outro”, o que implicaria, por sua vez, a capacidade de tolhimento da liberdade. É como se ao incremento do poder do cuidador correspondesse a perda da liberdade e da autonomia daquele que é cuidado. E em última análise, a fala de P03 finaliza indagando sobre quais seriam as possibilidades de uma interação com o idoso que se estruturasse em outras bases, para além daquelas direcionadas pela noção de perda, na qual aspectos biológicos, psicológicos e sociais são tratados de modo indiferenciado e predominante.

3. Sobre as Categorias de Análise

3.1. Das concepções predominantes sobre envelhecimento

Envelhecemos dia-após-dia e popularmente entende-se o envelhecimento como uma das fases do processo natural que se estende do nascimento, crescimento, reprodução até a morte. A cada uma destas fases correspondem alterações no funcionamento do organismo que reduzem a capacidade dos indivíduos nas suas relações com o meio ambiente e passam a constituir um conjunto de vulnerabilidades que assumem características de cunho biológico, psicológico, socioeconômico, político e cultural. Envelhecimento, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde,

(...) é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte⁴⁸.

Os idosos consideram o envelhecimento como um fato que diz respeito à condição humana; é uma fase da vida como o é a infância, como o é a juventude. As diferenças entre uma e outra fase se expressam no tipo de exigências e das possibilidades de ser que a vida se lhes apresenta e nos papéis que lhes são atribuídos para desempenhar no cotidiano. Não há como fugir dessa realidade, restando apenas enfrentá-la. “O idoso tem que comparecer; tem que participar. A pessoa tem que entender que tudo tem sua fase” (i04); envelhecer supõe o entendimento do envelhecimento como uma fase da vida e que tudo tem a sua fase. Sugere que a condição para entender o idoso supõe experiência vivida das fases anteriores e, mais que entender tem que aceitar a condição de idoso. Isto é, a concepção sobre velhice emanada do grupo de idoso constrói-se a partir das situações que lhe apresentam nessa fase de vida e das condições de que estes dispõem para vivenciá-las e/ou superá-las.

“Gente! O que acontece com uma criança, acontece com um jovem, acontece com um adolescente e acontece também com um idoso. Pois então, o idoso, gente! Acham que podem fazer tudo o que um jovem pode fazer, mas cada um no seu centímetro, na sua altura, na sua qualificação. Eu posso ir até o caprichoso andando? Pode! O jovem pode? Pode! Só que eu vou no meu limite, porque eu não fui chamada pra correr, não sou jogador. O jogador pode! Mas a gente pode todas as coisas. Por que eu digo isso? Quando alguém disse isso pra mim, que o que é que eu tinha que comemorar, eu disse: Eu posso todas as coisas, naquele que me fortalece, quem está comigo é Deus (i02)”.

Para os profissionais, envelhecer é um processo fortemente relacionado com o acúmulo de experiência o que torna a interação profissional/ idoso uma oportunidade enriquecedora e carregada de componente afetivo para este. Ao envelhecimento estão agregadas outras características como a afetividade e a transparência dos idosos no modo como eles se revelam para o profissional na expressão daquilo que eles gostam ou não gostam. Por força das suas experiências de vida eles teriam muitas experiências para passar; são pessoas que querem contribuir com a sociedade e desejam ser reconhecidas como aptas para fazê-lo.

Também nem sempre é fácil o tratamento do idoso por força de estilos de vida internalizado por eles ao longo da vida. Reconhecem que têm receio diante das manifestações de autonomia do idoso e emitem sinais de incapacidade no trato das iniciativas tomadas por aqueles, recorrendo a estratégias que sugerem uma ausência de diálogo no contato, ou então, que na interação o idoso constitui um obstáculo a ser contornada para se chegar a um objetivo:

“(...) A gente que tem pai e mãe idosos, a gente fica assim meio receoso. Mas, eu acho que ela poderia pegar e fazer o seguinte: vou fiscalizar de longe. (...) É minha filha...vou lá no mercado... Então, beleza... vai e vigia de longe(risos)... vai de longe até mesmo para uma segurança (P04)”.

“(...) As vezes eu tenho medo de ela ir ao banco. Aí, eu digo: Não é melhor a gente tirar no shopping porque não fica tão perigoso? Aí ela.... É mesmo!... É melhor assim para não dizer diretamente ‘Você não vai lá!’... (P05)”.

3.2. Sobre as decorrências mais marcantes do processo de envelhecimento.

A tomada de consciência sobre o surgimento das limitações na capacidade física, constitui para esse grupo a expressão da perda de autonomia, um dado de realidade diante do qual evidenciam movimentos de negação, de resistência e de aceitação, que são seguidos pela formulação e desenvolvimento de estratégias para a convivência com o problema. Na constituição dessa situação problema incluem-se as prescrições médicas e as orientações dos profissionais da equipe de saúde como uma situação a ser estrategicamente administrada e um dos elementos de referência são os jovens e sadios.

“(...) Ah, eu tô com uma dor aqui que não posso andar. Pode! Vai de vagarinho, vai na fé e chega lá, uai! Não quer dizer que porque sofri uma dor muito forte no joelho, aí desse joelho fui no hospital de base, cheguei lá (i09)”.

“(....) Eu não como pão de sal, meu filho come três pães, ele come três com queijo, presunto, sei lá o que ele come, mas eu??? Eu sei que é gostoso, mas eu não como porque eu sei que minha saúde, não compete com a dele. Então se um jovem pode, eu dou graças a Deus de chegar aos meus 62, fiz minha festa de 60 anos, fiz a de 62 em julho (i02)”.

“(....) a senhora tá com uma lesão astrose, a senhora vai ficar dentro de casa, a senhora não vai poder fazer caminhada, porque não pode! A senhora pode até sofrer queda, em não poder andar. Eu disse: tudo bem! Ele passou uns comprimidos, aí terminou, a senhora pode ir pra casa. Cheguei em casa falei pra meu marido, mas eu não vou na conversa desse médico (i02)”.

Referem-se à aceitação, experiência, destino, desígnios divinos e renovação. Os profissionais reconhecem, por sua vez, que a pessoa idosa está em luta pela sua individualidade e autonomia e que é importante respeitá-las como um dos elementos estruturantes da relação. Mas as evidências apontam a ambiguidade do tratamento dispensado pelos profissionais, que oscila entre o reconhecimento da autonomia, o receio e a tendência ao cerceamento dos movimentos do idoso, por motivações justificáveis ou não, colocam a questão do diálogo no espaço da relação profissional idoso.

“Essa semana eu peguei uma paciente, ela saiu as escondidas por que a filha achava que ela era uma inválida, que ela não podia fazer nada que ela gostava e ela ficou triste porque mudaram a mobília do quarto dela, e ela se sentiu assim, que ela estava depressiva. Ela acha que eu to velha, que to morta, eu não to morta, minha filha eu gosto de fazer minha comidinha, eu gosto de lavar a minha roupa, eu gosto de sair e fazer as minhas coisas, assim ela não vai fazer com a mesma desenvoltura que ela fazia antes quando estava mais nova.” “(...) ela foi privada de muitas coisas, em questão de mudança na casa dela, ela ficou triste por isso, ela não sabe mais onde estão as coisas dela, que era o espaço dela e a gente tem que saber respeitar isso, né” (P06).

“Eu to passando por uma situação bem mais delicada, por exemplo meu pai, teve AVC a gente que tem o pai e a mãe idosos a gente fica meio assim, meio receoso. Mas eu acho que ela poderia pegar e fazer o seguinte, ela poderia fazer, vou fiscalizar de longe. (...) Então acho que poderia assim, em um primeiro momento até mesmo para você poder confiar mais na capacidade dela. É minha filha vou lá no mercado, então beleza vai e vigia de longe (risos), vai de longe ate mesmo, pra uma segurança. Porque hoje em dia a gente sabe como o mundo ta, pelo menos de longe para você ficar visualizando”(P04).

“(...) tá com ICC e assim a deambulação esta muito prejudicada, membro edemaciado. E assim o que eu fiz sem comunica-lo, eu comprei um suporte que auxilia, um andador. Quando eu cheguei com o andador em casa ele choro(...) Eu disse pai eu to com medo do senhor cair, to com medo do senhor bater a cabeça no chão. Ai ele olhou assim e falou eu não sou invalido. (...) Então assim é muito difícil a gente introduzir uma questão para eles sem ofendê-los, sem que eles percebam que é uma necessidade mais sem que fique triste com aquilo. Ele falou se eu andar de andador vou parecer que não sei andar, que sou alejado e eu não sou. Ai eu pensei gente eu devia ter comprado uma bengala para ele, então. Primeiro uma bengala ate ele se acostumar com ela e depois um andador. Mas eu introduzi direto o andador. Eu fiquei chocada com a atitude dele, ele ficou muito magoado. E não era para magoar era para ajudar” (P03).

Dentre as decorrências mais marcantes do envelhecimento, consideradas positivas ou vantajosas, os idosos citam a capacidade de compreensão e aceitação das as suas condições como fatores do destino ou como desígnios divinos, ou então como fontes de renovação; ser dono(a) do próprio tempo; a conquista de benefícios, o direito de tratamento especial nos bancos, serviços de saúde, transporte, etc.

“ser dona do próprio tempo... de já ser aposentada de podê procurar fazer exercício igual a gente procura a fazer... procurar

uma vida melhor... passear, ir na rua fazer compra” (i02).

“é vida melhor, se alimenta melhor, viver melhor realmente e conhecer sua idade e viver bem na idade você tá (...) tem experiência de que já viveu muito” (i09).

“envelhecer algo assim que gente tem a certeza de dever cumprido e não queima fase (...) mas eu tô bem, graça a Deus (...)eu tô muita agradecida a Deus por ter me concedido à graça de está aqui nesse tempo nesse local para realiza às tarefas que to realizando isso e muito bom.(...) Bastante experiência, temos o direito de anda e de não pagá passagem (...) a gente chega no hospital eles atende a gente rápido.(...)” (i10).

Por outro lado, manifestam inconformismo com as suas situações, quando se referem à perda de entusiasmo pela vida, desilusão, desgastes, limitações físicas, solidão, abandono, mudança na qualidade do tratamento que recebem por parte das outras pessoas.

“pra mim envelhecer não acho muito bem não, porque agente quando tá ficando velha aí a força vai acabando agente não tem ânimo pra nada e senti muitas dor... não tem ânimo de fazer as coisas. mas é o jeito” (i 01).

“e às vezes quando a pessoa tá com saúde e até, mas ou menos, mas depois do 60 anos pra lá ai tem doença... velho tem doença... é muito difícil um velho dizer que não tem, né?... velha ou velho tem que o caminho de velho nosso e esse” (i 03)

“pessoa vai ficando, mas sem ter as pessoas perto da gente e só isso, tem que ser mas humilde as pessoas, tem horas que a pessoa machuca muito a gente tem hora que pensa porque tá de idade a pessoa e fica mas assim e fica mas na idade e não olha mas pra gente deixa a gente mas no canto” (i 06).

3.3. Sobre o modo como os idosos elaboram as orientações da equipe em relação aos medicamentos.

Predomina, entre os idosos, a noção da necessidade de uma estrita observação das orientações prestadas pela equipe de saúde a respeito da ingestão de medicamentos, ancorados na ideia de que o sucesso terapêutico depende do seu uso correto, e na capacidade deles de administração dessas tarefas.

No entanto, observa-se que as informações que este grupo detém se resumem a aspectos como dosagem e horário de ingestão, mesmo naquelas situações em que se trata de um número elevado de medicamentos ou de agravos a que os idosos estão acometidos. O maior grau de especificidade de informações evidenciado nesse sentido foi referente ao número de unidades/comprimidos por agravo, por exemplo, hipertensão arterial/diabetes.

(...) tem que tomá no horário certo na hora certa nem mas e nem menos porque as vezes se tá ali pra fazer o bem e faz é mal porque não tá tomando direito. Tem que ser direito (i01).

Diante da limitação das informações, os idosos tendem a relativizar suas dificuldades relacionadas com a compreensão e cumprimento das recomendações da equipe, as quais, segundo eles, por se tratar de uma rotina, ficam restritas a questões relacionadas à capacidade de leitura e capacidade de memorização. Transparecem, no entanto, outras afirmações de parte dos idosos que se referem às orientações prestadas principalmente pelo médico.

“Ele não ensinou não!”(i01).

“Ele não explica, o médico não explica.” (i02).

“Ele não olha pra cara da gente, não sabe se a gente é branco ou é preto!” (i03).

“Não! O meu, (...) ele falou assim oh: você vai tomar um antes ou depois do almoço, aí já tomo outro na parte da manhã. A minha orientação é essa.” (i05).

Esses fatos, aparecem como relacionados às condições de trabalho da equipe, na qual o número excessivo de pacientes atendidos incidiria na qualidade da interação profissional paciente.

“é muita gente pra um médico só. Tem vez aí que põe 15, 20 pessoas pra um médico só como é que ele vai cuidar da gente direito.” (i04).

“é não, ele chega atrasado e não dá conta, quando chega já chega cansado.” (i02).

Nota-se nos trechos dos respondentes i04 e do i02 que as pessoas idosas tentam justificar as falhas de comunicação e orientações necessárias ao curto tempo de consulta e ao quantitativo de pessoas assistidas pelo mesmo profissional médico.

Em defesa aos profissionais de saúde da SES/DF regidos pela Portaria nº 145, de 11 de agosto de 2011. No Art. 23 “os profissionais de nível superior atenderão tanto pacientes agendados quanto aos encaminhados pelas salas de acolhimento”. O Art. 24 refere-se à capacidade de produção: “Assistente Social, Enfermeiro, Nutricionista e Odontólogo devem realizar 03 consulta por hora e o profissional Médico realizará 04 consultas/hora” (BRASIL, 2011).

Diante das lacunas sentidas pelos idosos na prescrição medicamentosa, sobressaem-se as seguintes estratégias: 1) perguntar ao prescritor; 2) retornar ao médico, esclarecer as dúvidas e somente ingerir o medicamento após os esclarecimentos necessários; 3) procurar alguém que saiba orientar a respeito do assunto; 3) recorrer a alguém que leia a receita; agendar nova consulta com outro profissional.

Do lado dos profissionais, estes acreditam que a capacidade de entendimento por parte do idoso diminui com a idade, reconhecendo-se a necessidade de uma didática especial, principalmente quando ele (a) se apresenta desacompanhado (a), mora sozinho ou é analfabeto⁴⁸.

As dificuldades quase sempre ocorrem devido às alterações cognitivas e comportamentais próprias do envelhecer, que levam a pessoa idosa a apresentarem dificuldades em seguir as instruções dadas pelos profissionais de saúde, dificuldades em gerir múltiplos fármacos e as demais exigências envolvendo a medicação.

O déficit de memória foi registrado por outros estudos como uma das dificuldades no uso de medicamentos, isso porque o idoso normalmente apresenta o “esquecimento”. Neste estudo, esse déficit foi apontado pelos idosos e profissionais entrevistados⁴⁹.

Alem deste, foi apresentado como dificuldades o uso contínuo de múltiplos medicamentos, à complexidade da terapia medicamentosa e apoio familiar. Esses fatos foram apontados pelos profissionais entrevistados, como um fator que leva ao idoso a apresentar dificuldades no uso de medicamentos.

Merece destaque as expressões onde o profissional lista as dificuldades relacionadas ao conhecimento do idoso.

“A finalidade do medicamento pode ser conhecida, mas nem sempre seus efeitos adversos e as consequências do uso inadequado. devem-se principalmente à quantidade de medicamentos que geralmente são utilizados, podendo trazer confusão com doses e horários” (P01).

“Para os idosos a utilização de medicação é conturbada, principalmente quando há mudança das medicações, dosagens, essa população sempre quer continuar usando a que já era de costume. Muitas vezes eles se esquecem das mudanças feitas pelo médico. Outras vezes se não se adequam com as medicações prescritas, mudam ou voltam a utilizar o que era de costume, sem ciência ou autorização dos profissionais de saúde que o acompanha” (P02).

“Lembrar de tomar, saber qual tomar, conseguir tirar os medicamentos da embalagem e visualizar qual tomar e que dosagem tomar e que horas tomar” (P03).

“Eles geralmente não sabem o princípio ativo, eu até tento dizer em uma linguagem mais acessível, mas o nível de esclarecimento e memória dos idosos e o processo de envelhecimento demonstram que precisam de ajuda de seus familiares, porque nos profissionais não temos muito tempo para dedicar a eles” (P04).

“A letra do profissional prescritor, a não informação do uso correto das medicações como a informação de horários e a interação com outras medicações e alimentos” (P05).

No que se referem às dificuldades enfrentadas decorrentes da falta de conhecimento do idoso, os resultados se assemelham aos de Passamai³¹, que em seu estudo sobre a habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica, aponta que a falta de informação sobre os medicamentos é referida, em termos mundiais e representa uma das variáveis mais significativas e de maior impacto.

Aqui, os dados conferem com os apontando por Rozenfeld²⁵, onde a autora

discorre sobre as dificuldades enfrentadas pelos idosos para o uso racional de medicamentos. Para ela, as dificuldades vão além de problemas com a interação medicamentosa, a complexidade dos esquemas terapêuticos, em conjunto com a falta de compreensão, esquecimento, diminuição da acuidade visual e destreza manual colaboram outros fatores que complicam a eficiência da terapêutica medicamentosa em idosos. Ainda a mesma autora afirma que “quantidade de indivíduos que consome múltiplos fármacos é um indicador de qualidade da prescrição e da assistência médica, embora a exposição a múltiplos fármacos não seja sinônimo de prescrição inapropriada”²⁵.

Quando o idoso apresenta sinais de resistência em relação à prescrição, a estratégia consistiria em “tocar a real”; utilizar a linguagem comum:

“(...) se a senhora não aderir direitinho, não tomar sua insulina ou se você não cumprir sua dieta direitinho, não tiver tomando o remédio direitinho, você pode ser um insulino dependente. Depender daquele furinho.... A senhora quer ser furada? Nem pensar!... aí eles já tem uma outra idéia, entendeu? A pressão vai ficar alta; pode parar no hospital; pode perder a visão. Então essas coisas assim já assustam. Se for teórico demais eles não entendem” (P05).

“(...) O médico só falou assim para ele: O senhor está diabético, hipertenso e vai ter que seguir isso e isso. Conversou, conversou com ele só que não conseguiu convencer o paciente. Aí ele foi lá e me chamou. É paciente da nossa área e eu acabei de falar que é hipertenso e diabético. Aí sentei e comecei a conversar com ele, só que ele não entendia. E eu tentando conversar com ele, explicando o que podia acontecer, aí eu vi que eu não ia conseguir. Então, fiz um pedido para a nutricionista e não consegui. Pensei... a gente vai perder este paciente; ele vai embora e não vai voltar depois. Aí, eu fui lá e falei... João (fictício), como está a agenda da Margarida (fictício)? Você pode atender um paciente para mim. Ele é assim... porque eu não conseguia passar para ele... tudo o que eu falava para ele, ele falava mais... Bom é gorduroso... Só gosto de café com açúcar... Pensa você mudar a mentalidade do moço... Ahhh meu Deus eu não consegui passar, vou passar para a nutricionista...ela vai saber... vai ter uma forma... ela vai encontrar...” (P04).

Sugere que, para o profissional, as dificuldades apresentadas no entendimento e/ou execução do prescrito estarão superadas na medida da ausência de questionamentos de qualquer natureza emitidos pelos idosos. Este fato pode constituir um componente elucidativo da qualidade do diálogo que pode

estar predominando nas práticas de atenção da Unidade de Saúde em estudo.

“(...) eu consegui, he, he, he... (comemorando). Como você falou para mim que ele era difícil, pensei.... Será? Mas ele não me questionou nenhum momento, não... ainda bem!... funcionou!” (P05).

Os profissionais entendem que a orientação e a promoção do acolhimento e autonomia da pessoa idosa quanto ao uso de medicamentos não são reconhecidas como uma atribuição da equipe ou dos profissionais do CS e que esta forma de se colocar diante da questão está associada a uma ausência de capacitação específica.

“Não tem sido uma preocupação usual dos profissionais do Centro de Saúde, a orientação quanto ao uso de medicamentos. Os idosos não são apoiados no correto uso de medicamentos quanto deveriam e talvez nem se sintam bem preparados para dar o suporte que os idosos necessitam.” (P 01).

“Não há esse tipo de atendimento”. (P 02).

“Tento explicar com cuidado como o idoso deve fazer uso dos medicamentos, e para que servem, mas acredito que devem receber mais atenção em casa com a família.”(P 03).

“Ainda vigoram as orientações focalizadas no usuário, sem envolvimento familiar e social.” (P 04)

Sugere que a comunicação entre os profissionais em saúde e as pessoas idosas está centrada na passagem de informações e apresenta evidências de pouca integração da equipe de saúde junto aos usuários, familiares e comunidade em geral, dificultando assim o reconhecimento das responsabilidades específicas de cada um no processo de tratamento em saúde.

É fundamental que a equipe de saúde participe ativamente no processo de adesão ao tratamento medicamentoso e que comunique e aborde a informação científica de forma compreensível para o idoso e a família, levando em consideração as circunstâncias específicas de cada um.

O profissional que atende a pessoa idosa deve incorporar além do suporte técnico diagnóstico, deve ter sensibilidade para conhecer a realidade do assistido e ouvir suas queixas para encontrar estratégias que facilite a compreensão. A

relação nunca deixa de ser uma interação intersubjetiva, dessa forma, não basta ter habilidade técnica, pois é fundamental acolher outro em sua dimensão Biopsicossocial. O profissional de saúde deve reconhecer suas próprias limitações e não desvalorizar a participação dos familiares, pois estes são aliados colaboradores do processo terapêutico.

3.4. Sobre a observação participante

O objetivo da OP foi obter dados através de contatos diretos, em situações específicas, nas quais as distorções resultantes do fato de o pesquisador ser um elemento estranho à situação observada são reduzidas ao mínimo.

O papel adotado pela pesquisadora durante toda a coleta de dados foi o de observadora e participante e a finalidade do estudo foi dada a conhecer a todos os envolvidos nos eventos observados. Essa técnica possibilitou um nível de aproximação dos fatos estudados que de outro modo não seria alcançável. Centrou-se a observação no colóquio singular entre profissional/idoso, diga-se, nos diferentes procedimentos consoantes das atribuições de cada profissional de saúde participante, orientando-se os registros em torno de quatro componentes de análise:

- Organização dos serviços e processo de trabalho com os idosos(as);
- Posturas corporais;
- Conteúdos e
- Modos de fala.

Foram observados os fatos que ocorreram com os protagonistas do estudo durante as suas permanências no Centro de Saúde, com base em um roteiro previamente elaborado e os registros foram realizados no Diário de Campo. O roteiro constou de 33 itens agrupados em torno dos quatro componentes de análise já referidos, que remetem a nove questões estruturantes:

- Os protagonistas emitem sinais de confiança mútua?

- Escutam com atenção o que o outro fala?
- Inspiram respeito mútuo?
- Na comunicação profissional/idosos identificam-se sinais de confidencialidade?
- Emitem sinais de estabelecimento de vínculos anteriores e de continuação destes mesmos vínculos?
- Os idosos são incentivados pelos profissionais a desenvolverem autonomia?
- Os profissionais emitem sinais de atitudes repreensivas e /ou autoritárias de qualquer natureza?
- O Tempo de duração das consultas.
- O profissional insiste na manutenção de uma linguagem técnica científica inacessível a compreensão do idoso?
- Os profissionais emitem sinais de ameaça de qualquer natureza em direção aos idosos?

Os resultados foram organizados em dois movimentos: o primeiro refere-se à organização e o processo de trabalho no CS e o segundo movimento destina-se à descrição da interação entre os profissionais de saúde e as pessoas idosas.

3.5. Sobre Organização e o processo de trabalho do cenário do estudo.

O Centro de saúde oferece atendimento ambulatorial nas especialidades de clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia e os programas de acompanhamento como hipertensos, diabéticos, gestantes entre outros.

Realiza prestação de serviços de ações básicas de segunda à sexta-feira, exceto feriados das sete às vinte e duas horas. Os serviços disponíveis além dos

atendimentos ambulatoriais são os de pré-consulta do adulto, da mulher e da criança; teste do pezinho, sala de injeções e curativos; imunização, nebulização, coleta de exames laboratoriais e dispensação de medicamentos. A estrutura física conta ainda com bebedouros e banheiros disponíveis, porém estes não estão adaptados a pacientes que apresentam necessidades especiais.

Os pacientes são recebidos por profissionais especialmente capacitados para dar informações em saúde e/ou atendimento, de acordo com as normas preconizadas pela SES/DF durante todo o horário de funcionamento.

Quando a intenção do paciente não era o atendimento agendado, o profissional orientava quanto ao fluxo dos serviços - marcação de consulta, agendamento de retorno, exames, resultados de exames e dispensação de medicamentos.

Quando os pacientes informavam os profissionais sobre a necessidade de atendimento e este não estava agendado, o profissional orientava o paciente a aguardar a avaliação de risco e vulnerabilidades e informava que este procedimento seria realizado pelo enfermeiro, esclarecendo sobre o tempo de espera.

Quando o paciente estava agendado, ele era orientado a seguir para a sala onde ocorreria a pré-consulta (triagem - verificação da pressão arterial), que era feita por profissionais de nível médio. A seguir eram instruídos a esperar pelo atendimento, sentados nos bancos localizados nos corredores.

Os profissionais de nível superior – Assistente social, enfermeiros, nutricionista, odontólogos e médicos - atendem aos pacientes agendados e aos encaminhados pelas Salas de Acolhimento. No que se refere à pessoa idosa, observamos que a grande maioria está vinculada a programas de acompanhamento por apresentarem condições crônicas - diabético e/ou hipertenso, destacando-se que o grupo de acompanhamento destas condições não é exclusivo ao idoso.

O paciente vinculado ao grupo tem o seu agendamento garantido e recebem atendimento com um intervalo mínimo de seis meses entre as consultas, sendo estas alternadas entre o profissional médico e o profissional enfermeiro. Nessa oportunidade são desenvolvidas atividades formais de educação em saúde, nas quais são abordados temas sobre diabetes, hipertensão, uso de medicamentos e hábitos saudáveis de vida.

A presença nessas atividades é obrigatória e a ausência do idoso(a) implica o seu desligamento do grupo e a perda da garantia de agendamento das consultas futuras. Esta medida não é acompanhada qualquer estratégia de restabelecimento do vínculo do paciente com a equipe. Em termos práticos, o paciente desligado retorna ao fluxo geral, o que supõe enfrentar a fila para agendar consulta e a submissão à avaliação de risco e vulnerabilidade.

Segundo Viana⁵⁰ a permanência do vínculo profissional de saúde / idoso é um componente crucial no espaço da interação, pois os que acompanham por tempo prolongado os mesmos idosos conhecem suas limitações, suas realidades suas histórias de vida, o que facilita o processo terapêutico. O relacionamento entre os pacientes idosos, profissionais e seus familiares deve ser fortalecido como forma de favorecer o desenvolvimento da autonomia, compreensão e superação das relações de dependência, considerados como componentes fundamentais na atenção à saúde do idoso.

3.6. Interação entre o profissional de saúde e a pessoa idosa no tocante ao uso de medicamentos

As observações ocorridas nos consultórios foram precedidas pelos esclarecimentos a respeito da presença da pesquisadora durante a realização dos procedimentos, seguidos da manifestação de consentimento por parte dos idosos e dos profissionais.

A abordagem terapêutica mostrou-se diferenciada daquela utilizada com os pacientes adultos, de modo geral. Os profissionais chamam a pessoa idosa pelo nome; a cumprimentam e olham-na nos olhos. A relação é harmoniosa; não ocorrem sinais de constrangimento por parte dos sujeitos. Os profissionais escutam com paciência e interesse; verificam quais são as queixas dos pacientes; comunicam-se em termos compreensíveis, mantendo-as informadas sobre seus problemas e sobre a terapêutica realizada; provocam o retorno dos pacientes como forma de conferir a compreensão; buscam o diagnóstico nas queixas e sintomas relatados; realizam a prescrição dos medicamentos seguida de recomendações quanto aos retornos.

Os profissionais estimulam as pessoas idosas para o autocuidado e para o desenvolvimento de ações autônomas. Eles incentivam, também, a cooperação e participação dos familiares no acompanhamento da consulta e no tratamento. A maioria dos profissionais dedica tempo suficiente à consulta para uma abordagem terapêutica adequada, a qual tem uma duração a média de um procedimento foi de 17 minutos.

Foram prescritos medicamentos à totalidade dos idosos(as) – trinta e sete participantes. Cada prescrição continha de três a cinco medicamentos prescritos e apresentavam escritas ilegíveis e uma linguagem inacessível à compreensão do idoso, fatos que confirmam o referido Rozenfeld²⁵. Os encerramentos dos atendimentos invariavelmente foram marcados por agradecimentos por parte dos idosos, seguidos de expressões sorridentes e despedidas, o que pode denotar sinais de satisfação com a assistência recebida.

As posturas corporais, conteúdo e modos de falas observados se revelaram formalmente consoantes com as recomendações contidas em protocolos, normas e manuais em vigor sobre o assunto. No entanto, há que se considerar que as situações levantadas nos grupos focais e nas entrevistas apontam para a possibilidade de distanciamentos entre idosos(as) e profissionais quanto ao modo de perceber o processo de envelhecimento e as suas decorrências; sobre estratégias de superação dos problemas em torno da

prescrição e da ingestão medicamentosa, bem como sobre as imagens que cada sujeito constrói sobre o outro.

Fica claro que enquanto no Grupo Focal e nas Entrevistas, os sujeitos foram solicitados a refletir e elaborar sobre as suas experiências relacionadas ao envelhecimento, na Observação Participante estes mesmos sujeitos foram solicitados a atuarem em uma situação real de atendimento, na presença de um observador/pesquisador.

A presença da pesquisadora, neste caso, pode ter funcionado como um mecanismo de ajuste da ação dos profissionais e dos idosos, visto que no momento em que se apresentou, ela deixou, no mínimo, implícito que a presença dela se destinava a confrontar as congruências/incongruências entre a intenção e o gesto traduzidos nas normas e nos atos que interagem em uma situação de atendimento a pacientes idosos.

Em outras palavras, a Observação Participante pode ter funcionado como uma convocação para que os profissionais demonstrassem as suas competências e habilidades para atuar no universo da interação profissional de saúde/mundo do idoso (a), independentemente das formas como o tenham feito até aquele momento. Ou, então, como uma situação que exigia dos seus protagonistas gestos, verbalizações e expressões corporais mais cuidadosas, mais estudadas.

Uma segunda possibilidade é que - no entrecruzamento de subjetividades que caracterizam essa interação - a ação dos profissionais de saúde não tenha se revelado aos olhos do idoso (a) como um procedimento desenvolvido a seu favor, apesar de toda uma base conceitual, filosófica e técnica que a inspire e a sustente como tal. Asch⁹ se refere aos processos interativos como oportunidades em que os indivíduos, em relação, constroem imagens, ideias e sentidos sobre os outros, a partir do lugar que ocupam na sociedade, ou seja, das suas condições de poder. Por isso a coincidência ou concordância de percepções/representações entre protagonistas distintos em situações desta natureza não é uma regra.

Por último, considera-se que a interação profissional/idoso no seu plano mais geral ultrapassa os limites temporais e espaciais da consulta, nos termos como tem se colocado neste estudo. Especialmente estende-se para a família, acompanhantes, comunidade e outras pessoas próximas do idoso e em termos temporais demanda oportunidades para que o idoso exercite as recomendações/prescrições dos profissionais, quando os pacientes emitirão sinais sobre a eficácia das informações/orientações que lhes foram passadas.

As possibilidades nesse sentido são múltiplas, se considerarmos variáveis de cunho cultural, social, política e econômicas, que apontam, como afirma Briceño-León¹¹ para o fato de que os idosos não se constituem em vazios de conhecimentos mas em portadores de saberes que demandam por parte do profissional uma apropriação e/ou transformação. É importante ressaltar que a maioria dos idosos participantes são assalariados; com baixo nível de instrução, alguns deles não alfabetizados e com limitações no acesso à atenção à saúde. Isto significa que as práticas de educação em saúde demandam ações que superem as situações formais de ensino-aprendizagem, centradas apenas na informação e no desenvolvimento de hábitos saudáveis.

3.7. Sobre a abordagem predominante na interação entre os idosos e a equipe de saúde.

Observa-se que as concepções dos profissionais de saúde sobre o grupo de idosos são construídas, predominantemente, a partir de referências de natureza biológica, que apontam para as patologias com que aqueles se apresentam à equipe: doenças crônicas, diabetes, hipertensão e outras. Estas referências são secundadas por aquelas características de natureza social, emocional, psicológica, espiritual.

“ portadores de doenças crônicas a grande maioria tem baixa escolaridade” (P01).

“Idoso portador de doenças crônicas” (P02).

“Carente, debilitado e muito inseguro com as informações recebidas” (P03).

“Carentes, humildes, com inúmeras fragilidades, e doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão e outras” (P04).

“Idosos com doenças crônicas múltiplas, onde sobressaem os hipertensos e diabéticos, que na maioria comparecem desacompanhados em atendimentos no Centro de Saúde” (P05).

Conforme Pinto¹⁰, a concepção de homem que orienta os processos de trabalho em saúde, tem implícita uma concepção de saúde que varia da mais restrita a mais ampla; por sua vez, concepção de homem/concepção de saúde definem a estruturação, organização e funcionamento dos serviços de saúde; a interação dos sujeitos (gestores, equipe, indivíduos, coletivos, comunidade) no espaço das práticas de saúde aqui consideradas como um processo de trabalho que tem uma explícita função educativa.

Sabe-se que a questão do envelhecimento da população é acompanhada pelo aumento dos problemas de saúde crônicos e degenerativos, conforme Silva³⁹ e de forma recorrente a produção científica Camaro²², Mendes²³; tem apontado para a transição demográfica como acompanhada de uma transição epidemiológica, que influencia diretamente a constituição de modelos tecnoassistenciais, a partir de uma nova relação entre doenças crônicas e doenças agudas.

No que se refere à natureza pedagógica das práticas de saúde orientadas para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e cura de agravos de natureza crônica e /ou aguda, permanece válida a proposta de Briceño-León¹¹ que defende como princípio de ação a proatividade dos indivíduos e grupos como condição para a superação dos seus problemas e do lado dos profissionais o conhecimento do modo de vida destes mesmos indivíduos e grupos sociais com quem se trabalha, como condição para uma ação orientada para a eficácia e para a mudança.

Nesses termos, a concepção de homem construída a partir da sua condição de sujeito da sua vida e das suas circunstâncias inspira uma educação em saúde que é mediada pelo diálogo; que se orienta para a autonomia de

indivíduos e grupos; que se realiza em todos os espaços da assistência a saúde e da comunidade; e que considera que as mudanças nas condições de saúde estão articuladas às mudanças no modo de vida de cada comunidade.

Tomando como referencial a tipologia proposta por Stotz⁸, os achados deste estudo evidenciam que o espaço da interação idosos/profissionais de saúde se apresenta restrito ao lugar demarcado pelas práticas assistenciais realizadas na UBS pesquisada; apesar de evidências que apontam para a presença de profissionais de saúde nos domicílios, via estratégia da Saúde da Família, como é o caso dos Agentes comunitários de saúde.

No que se refere à prescrição e ingestão de medicamentos, o foco da ação se estabelece na informação o que constitui um obstáculo para o diálogo considerado como o elemento viabilizador da interação entre os atores, visto que nessa dinâmica o profissional é colocado no centro da cena, no papel daquele que detém o conhecimento, numa relação de complementaridade com o idoso, o qual é colocado na condição de portador de um vazio de saber a ser preenchido, nos termos já referido por Briceño-León⁸. Nessa perspectiva, a ação da equipe de saúde não ultrapassaria o desenvolvimento de habilidades para uma ação ou desenvolvimento de hábitos amparados na aquisição de informações consideradas necessárias nesse sentido.

Em outras palavras, a transmissão do conhecimento parte da desconsideração do saber e da capacidade do idoso em gerir as suas condições de vida e de saúde. Esse fato é confirmado na fala dos profissionais quando se verbaliza o reconhecimento da condição de adulto dos idosos, mas não se consegue vê-los em condição de autonomia (P05), ou, então, quando se recorre à persuasão pelo medo como estratégia de inculcação de hábitos de saúde ou observação das prescrições realizadas e se reconhece como indicador de sucesso na prescrição o mutismo e a ausência de reações do idoso em face de essas prescrições (P05). Uma prática educativa em saúde centrada nas informações nos termos propostos por Stotz⁸ caracteriza o protagonismo, a condição de sujeito, como um atributo do profissional de saúde imbuído na condição de educador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revela que a interação entre profissionais e a população idosa em um Centro de Saúde da Regional de Ceilândia em estudo é um processo intrincado e demanda sensibilidade no seu trato, porque envolve subjetividades. As subjetividades que dão singularidade aos diferentes sujeitos nesse cenário emergem das situações vividas e intercambiadas por parte de cada um deles na presença do outro; no desempenho de papéis que se constituem como característicos de cada um deles e pelos lugares que ocupam no espaço relacional das práticas de atenção à saúde. A grosso modo, temos de um lado o idoso(a) constituído na experiência vivida do envelhecimento e do outro lado a rede de serviços de saúde, a equipe de saúde, a família e a comunidade, que aos olhos dos idosos, muitas vezes conhecem, compreendem, mas não sentem o problemas daqueles que envelheceram.

É o entrecruzamento de distintas visões de mundo; diversas expectativas; diferentes necessidades, desejos e interesses; distintas concepções sobre o envelhecimento; diferentes compreensões sobre os agravos à saúde próprios desse ciclo de vida; diversas representações sobre o medicamento; diversos níveis de competências e habilidades para o manejo das questões referentes ao medicamento, sejam elas afetas à compreensão do prescrito, seja no manejo e cumprimento da ingestão conforme o recomendado pelos profissionais. Nessa medida, tendo-se por referência a qualidade das relações que constroem esse espaço, é possível inferir os movimentos de cooperação, conflito, oposição, acomodação, silenciamento, resistência, legitimação, negação, evasão, proatividade, autonomia, conscientização; politização, como possibilidades de ser no processo interativo inerente às práticas de atenção à saúde.

O que emerge como consensual para profissionais e idosos sobre o envelhecimento humano é o processo que lhe é característico como inevitável e que é marcado por diversas alterações de ordem fisiológica e psíquica, quando se

observa o início de limitações corporais e o declínio dos processos cognitivos de forma lenta e progressiva.

De imediato, e para além da concepção sobre o envelhecimento, coloca-se a questão dramática da relação profissional/idoso, quando aqueles admitem que o idoso(a) é detentor de uma experiência e de um conhecimento que o habilitam a levar a vida com um maior grau de autonomia, mas não conseguem visualizá-lo (o idoso) nessa condição. Isto é, como viabilizá-la.

Esta é uma questão que se coloca de forma polarizada, e que reside na base do processo interativo em estudo, pois enquanto o idoso reivindica a sua autonomia a partir da sua posição privilegiada de quem vive a experiência do envelhecimento e dos demais ciclos de vida que a antecederam, a equipe de saúde, e os familiares, expõem claramente os seus limites no trato da prescrição e ingestão medicamentosa, recorrendo a estratégias manipuladoras e inculcadoras como forma de fazer com que o idoso responda nos termos desejados ou seja, em termos técnicos ou nos termos do mero cumprimento de uma tarefa, quando o essencial é a forma como os idosos passam a internalizar e elaborar sobre novos hábitos de vida e o nível de protagonismo que ele desenvolve nesse sentido.

Ressalte-se que os limites da equipe de saúde no trato da questão da autonomia do idoso e no que se refere a prescrição e ingestão de medicamentos são fatos percebidos e reconhecidos por estes trabalhadores como relacionados à necessidade de uma capacitação específica. No entanto, as lacunas objeto potenciais desta capacitação não são referidas como relacionadas as de organização e estruturação das práticas de atenção à saúde do idoso.

Este dado salienta o fato de que no que tange a percepção dos profissionais e dos idosos sobre as dificuldades na assistência medicamentosa, a questão se resume no modo como passar de maneira mais clara possível orientações sobre dosagens e horário da ingestão do medicamento, de modo a serem plenamente incorporadas no cotidiano do idoso. Nesse sentido, chama-se a atenção para o fato de que apesar dos idosos terem presentes a necessidade do cumprimento das recomendações sobre horário e dosagem, estes aspectos

não são suficientes, pois faltam-lhes estratégias de prevenção sobre o esquecimento e outras variáveis intervenientes nesse sentido. A situação que se apresenta sugere a necessidade de que sejam criadas novas tecnologias nesse sentido, tendo em vista o espaço aparentemente restrito das práticas educativas formais em desenvolvimento e o grande potencial de ação nessa perspectiva capaz de ser mobilizado pela Unidade Básica de Saúde.

Entende-se que o envelhecimento da população brasileira apresenta ao Sistema Único de Saúde um conjunto de problemas cruciais que põe em questão o modelo tecnoassistencial em vigência, visto que esta situação demanda uma atenção diferenciada expressa na organização, estruturação, funcionamento, processo de trabalho e produção e incorporação tecnológica, sejam estas duras, leve-duras, ou leves. Esta é uma situação que se coloca em nível geral do SUS e em nível singular da Regional de Saúde de Ceilândia e da Unidade de Saúde em estudo.

Isto significa que os problemas da prescrição e ingestão medicamentosa pelo idoso não esgotam a complexidade da situação de saúde desse contingente populacional, mas funciona como um espaço onde se evidenciam aspectos parciais da atenção à saúde que dizem respeito à qualidade da interação que caracteriza estas mesmas práticas de atenção à saúde do idoso (a) como um processo de trabalho, e como tal, enquanto uma prática educativa.

Verificou-se que, para além das limitações de natureza fisiológicas, outras perdas se apresentam ao idoso na forma da redução da sua autonomia e da sua liberdade. Contemplar a integralidade da pessoa idosa contribuirá para a redução das consequências relacionadas às frustrações, stress e depressão, pois como é sabido, muitas vezes o que leva o idoso a procurar o sistema de saúde não é a queixa de alguma doença instalada, mas sim a vontade de ser ouvido e cuidado, de ter atenção. É recolocar o idoso no lugar de protagonista no espaço relacional da atenção à saúde

Por outro lado, é inegável que a população idosa apresenta distintos níveis de capacidade de receber, processar informações e responder quando provocado em situação de diálogo, o que significa que as tecnologias para o tratamento da

questão do envelhecimento deve expressar as características e necessidades locais dessa população. Esta é uma das condições para que o idoso reincorpore a sua condição de protagonista da Política de Saúde (saúde do idoso) na qual interage como sujeito/objeto. Ficou explícito, também, que apesar do amplo espectro de possibilidades de ação, na perspectiva da interação profissional/idoso mediada pela educação em saúde, as práticas nesse sentido apresentam-se como reduzidas a ações de natureza informativa, havendo um amplo caminho a percorrer, consideradas as possibilidades da sua ampliação.

Sem negar a importância da informação na educação em saúde, e na certeza de que ela não esgota nenhum processo educativo, chama-se a atenção para os limites de uma prática realizada nesses termos, uma vez que ela se apresenta como um campo muito restrito para o desenvolvimento de competências, habilidades e valores entre os sujeitos fundamentais das práticas de saúde, que neste caso são os idosos, a equipe e os gestores da Unidade de Saúde em estudo, os familiares, a comunidade.

Se educar é educar para a vida, a ação educativa em saúde deverá expandir seus limites para além das unidades assistenciais, adentrando nos domínios da comunidade; do modo de vida; e das condições de saúde da população. Além disso, deve se orientar na perspectiva da tipologia de práticas educativas já discutidas, na qual se identificam: um modelo educativo que focaliza a ação na capacitação dos sujeitos para uma escolha informada no campo da saúde; um modelo preventivo que capacita para o desenvolvimento de hábitos e estilos de vida como forma de lidar com a exposição de risco à saúde; um modelo centrado no desenvolvimento pessoal que privilegia o desenvolvimento de destrezas para a vida mediado pelo diálogo e troca de experiências e saberes; o modelo radical que se pauta pela mobilização e persuasão política em relação às condições de saúde da comunidade; o modelo da educação popular em saúde que articula indivíduos e grupos mobilizados nas suas experiências de organização da sociedade civil, articulando dialeticamente as necessidades que emergem no campo da saúde, tanto no espaço individual como coletivo⁸.

Na perspectiva da dinamização das práticas de atenção à saúde do idoso e do processo de interação que lhe é inerente, propõe-se com relação ao espaço de ação que seja considerada a concepção de território como espaço demarcado por necessidades de saúde, superando o critério apenas geográfico. Há que se considerar, portanto, que as necessidades de saúde da população idosa estão inscrita na rede assistencial e na comunidade, reiterando nesses termos o âmbito das práticas em questão.

A partir da noção de territorialidade, recomenda-se a articulação dos recursos de uso coletivo disponíveis na comunidade como espaços potenciais para o desenvolvimento de programas intersetoriais, como Secretaria de Bem-estar; Secretaria de Educação; Secretaria de Segurança Pública; e outros.

Recomenda-se, também, a articulação da Regional de Saúde e do CS com As organizações da sociedade civil, como grupos de apoio à população idosa; Igrejas, rádios; com o Conselho local e regional de saúde; com os meios de comunicação, como televisão, rádios, rádios comunitárias; os movimentos de educação popular e de educação popular em saúde.

Recomenda-se, também, que o protagonismo nas práticas de atenção à saúde do idoso se torne permeável à inclusão dos idosos; da equipe de saúde; dos gestores; dos familiares; das organizações da sociedade civil que trabalham direta ou indiretamente com a população idosa; dos movimentos de educação popular e de educação popular em saúde.

Sobre conteúdos e métodos considera-se que a interação com os idosos mediadas pelas práticas de atenção à saúde pode resultar da articulação de conteúdos e abordagens/metodologias do tipo das citadas acima, pois nenhum destes modelos supõe a exclusão de outro no campo das práticas de saúde. Além disso, uma prática educativa no sentido da transformação do modo como se dão as interações entre os seus sujeitos supõe que, no caso do Centro de Saúde em estudo, as suas ações sejam desencadeadas com direção e intencionalidades voltadas para as transformações das práticas de saúde de uma forma geral, na perspectiva da mudança das condições de saúde dos indivíduos e da comunidade.

Do lado da estrutura dos serviços e da equipe de saúde há que se considerar que as competências e habilidades do trabalhador de saúde estão atreladas à necessidade de melhoria da qualidade das prestações de serviços ofertados pelo sistema público de saúde, uma estrutura que permita essa abordagem com materiais e insumos adequados, acessíveis e em escala suficiente que não comprometa a continuidade do tratamento em saúde.

O profissional deve ter conhecimento acerca do atual processo de envelhecimento, com enfoque que englobe a prevenção e a detecção precoce de agravos à saúde. Baseado na escuta qualificada o Centro de Saúde pode e deve propor ações direcionadas ao idoso que visem estimular a inter-relação e o convívio social, numa perspectiva de prevenção, melhoria de qualidade de vida, acesso aos direitos e cidadania, ou seja, a efetiva participação do idoso na gestão da Política de Saúde, como uma das condições para garantir um envelhecimento ativo e saudável.

Por fim, cabe considerar que as lacunas na interação profissional/idoso tendo como foco a prescrição e ingestão medicamentosa se refere a lacunas no modelo tecnoassistencial de saúde que materializa a atenção do idoso no Centro de Saúde em estudo, apesar da riqueza da produção sobre o assunto, seja no plano acadêmico, seja no plano das normativas e de políticas encaminhadas pelo Ministério da Saúde e pela SES-DF.

Com base em um modelo tecnoassistencial atualizado conforme as necessidades de saúde locais, há que se estruturar ações permanentes, contínuas e integrais que tenham a comunidade como cenário de práticas mediado por mecanismos de participação e controle social; e de formação e capacitação profissional nos termos da atual Política de Educação Permanente para o SUS.

A implementação desta política favorece a criação de mecanismos institucionais na Regional de Saúde e no Centro de Saúde que viabilizem o exercício da participação e do controle social por parte dos idosos assim como avaliação das práticas de atenção à saúde do idoso em desenvolvimento na

Unidade de Saúde, com ênfase no aspecto das interações entre a Unidade de Saúde, idosos, familiares e comunidade.

Em última análise e considerando as políticas nacionais vigentes, faz-se necessário a incorporação das práticas de atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família, estabelecendo a busca ativa mediante o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, no intuito de identificar idosos não vinculados e/ou resgatar o vínculo com aqueles que por algum motivo foram desvinculados de forma a promover ou reestabelecer continuidade dos cuidados e serviços de saúde.

Por fim, considerando-se o caráter exploratório deste estudo entende-se que o mesmo deva ser secundado por medidas referentes à:

- Criação de um grupo de estudo no Centro de Saúde como forma de adequação das práticas de atenção à saúde de acordo com as necessidades e especificidades locais;
- Avaliação do modelo technoassistencial de saúde do idoso praticado na Regional de Saúde de Ceilândia e na UBS em estudo na perspectiva dos ajustes necessários às práticas de Atenção a Saúde, à luz das transformações da pirâmide etária da população e da transição epidemiológica em termos locais;
- Realização de estudos com vistas tecnologias leves como forma de implantar avanços na promoção de vínculos entre idosos e equipe de saúde; humanização e acolhimento; e implementação das diretrizes e princípios da atual Política Nacional de Educação Popular em Saúde;
- Avaliação das condições de acesso, acolhimento e conforto da Unidade de Saúde em estudo no tocante ao processo de atenção à saúde do idosos;
- Promoção da capacitação da equipe de saúde nos termos da Política Nacional de Saúde do Idoso; Política Nacional de

Humanização; Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Educação Popular em Saúde; e da Política de Educação Permanente para o SUS;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação relatório mundial, Brasília, 2003.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2011
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007: Ministério da Saúde, 2007.
4. Teixeira, JJV. et al. Inquérito farmacoepidemiológico de pacientes de meia idade e idosos em três comunidades de Cascavel, PR - Brasil: Verificação evolutiva do conhecimento terapêutico. Rev. Bras. Cienc. Farm 2008, vol.44, n.2, pp. 297-303. ISSN 1516-9332. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000200015>. Acesso em abril de 2013
5. Tierling, Vera L et al. Nível de conhecimento sobre a composição de analgésicos com ácido acetilsalicílico. Rev. Saúde Pública, 2004, vol.38, n.2, pp. 223-227. ISSN 0034-8910. Disponível e <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200011>. Acesso em abril de 2013.
6. Schommer, JC.; Byers, S.R.; Pape, L. L.; Cable, G. L.; Worley, M. M.; Sherrin, T. Interdisciplinary medication education in a church environment. Am. J.Health Syst. Pharm., v.59, n.5, p.423-428, 2002.
7. Lyra Júnior, Divaldo Pereira de et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2006, vol.14, n.3, pp. 435-441. ISSN 0104-1169. Disponível <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300019> acesso em novembro 2013.
8. Valla, VV & Stotz, EN. (orgs). Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática. RJ: Relume Dumara, 1993.

9. Asch, SE. *Psicologia Social*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1971.
10. Pinto, AV. *Sete Lições sobre Educação de Adultos*. SP: Cortez Editores, 1991.
11. Briceno-Léon, R. - Siete tesis sobre la educación sanitaria para La participación comunitaria *Cad. Saúde Públ*, Rio de Janeiro, 12(1):7-30, janeiro, 1996
12. Vala, VV.- Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In BARATA, RB., and Briceño-Léon, RE., orgs. *Doenças Endemicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000.
13. Satriani, LML. *Antropologia cultural e análise da cultura subalterna*. São Paulo: Hucitec, 1986.
14. Chauí, Marilena de Souza. *O que é ideologia*. 38.^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 102.
15. Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*, p.67- *Pedagogia do oprimido*. 18.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.
16. Pacheco Júnior & Pacheco (2009) / Dialogicidade em Paulo Freire. In *Educação popular na perspectiva freiriana*. Assunção, R. (org). SP: Ed. L Editora e Livraria Instituto Paulo Freire. 2009.
17. Valsconcelos, SEM. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. SP: Ed. Hucitec. 1991.
18. Tones, BR. "Educação para la salud: prevención o subversión?" In: *Tendencias actuales en educación sanitaria*." *Quadern CAPS*, marzo 1987
19. Vasconcelos, E. M. *Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde*. Disponível em: <www.redepopsaude.com.br>. Acesso em: 2 jan. 2005.
20. Merhy, EE. "A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do Modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência" in *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.
21. Arroyo, M. *Educação Popular, Saúde, Equidade e Justiça Social*. *Cad. Cedes*, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 401-416, set./dez. 2009.

22. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002.
23. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
24. Gomes HO, Caldas CP. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2008;7(1):88-99
25. Rozenfeld, S, Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cadernos de Saúde Pública. v.19, n.3, p.717-724. 2003.
26. Luz, TCB. Estudo epidemiológico de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos brasileiros. / Tatiana Chama Borges Luz. Rio de Janeiro : s.n., 2010. xiii, 123 f., graf.
27. Schmetzer, NA. The experience of older adults living independently who are taking multiple medications. Master of science, nursing science. Faculty of the School Nursing. University of Alaska Anchorage. 1999. UMI 1395369, 1999.
28. Caprara, Andrea and Rodrigues, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc. saúde coletiva . 2004, vol.9, n.1, pp. 139-146. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.
29. Carvalho, AI. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, p. 104-121, 1996.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, 2004; Seção I nº 96.
31. Possamai, Fabricio P and Dacoreggio, Marlete S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. Trab. educ. saúde. 2007, vol.5, n.3, pp. 473-490. ISSN 1981-7746. Disponível <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462007000300008> acesso em abril de 2013.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política nacional de atenção básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília, 2006.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008

34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761 do de 19 de novembro de 2013. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília, DF, 19 nov. 2013.
36. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.
39. Ribeiro, EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004, vol.12, n.4, pp. 658-664. ISSN 0104-1169. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400012> Acesso em abril de 2013.
40. Karsch, ÚM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf> . Acesso em novembro 2013.
41. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Ed. Atlas, 2002. p. 175. Instituto Ethos de pesquisa - Disponível em <http://www.ethos.com.br>, Acessado em: 16/05/2011.
42. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2006

43. Carlini-Cotrim, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*, v.30, n.3, p.285-93, 1996.
44. Caplan, S.; Using focus group methodology for ergonomic design. *Ergonomics*, v. 33, n. 5, p. 527-33, 1990.
45. Martins, JJ; Schier, Jordelina; Erdmann, Alacoque Lorenzini e Albuquerque, Gelson Luiz de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2007, vol.10, n.3, pp. 371-382. ISSN 1809-9823. Acesso em: 22 de julho de 2013
46. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1991.
47. Homenagem feita aos amigos que acessam a página da Terceira Idade no Facebook. 2'56". Disponível em: <www.facebook.com/aproveitandoaterceiraidade> . Acesso em: abril de 2013.
48. Organización Panamericana de la Salud. *Guia clínica para atención primaria a las personas mayores*. 3ª ed. Washington: OPAS; 2003.
49. Silva, J. B. *et al.* Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2006
50. Vianna, LG; Vianna, Cecília and Bezerra, Armando José China. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Rev. bras. educ. med.* 2010, vol.34, n.1, pp. 150-159. ISSN 0100-5502. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100018>. www.redepopsaude.com.br, acesso em novembro de 2003.

APENDICE A

Guia de entrevista do Grupo Focal para as pessoas idosas

- a) Para você, o que é envelhecer?
- b) O que de melhor ou pior que o envelhecimento trouxe para você?
- c) Quais estratégias você utiliza para o uso correto do medicamento?
- d) Você se sente devidamente orientado sobre o uso dos medicamentos que são prescritos?
- e) Você depende de alguém para conseguir orientações que recebe do(s) profissional (is) de saúde?

APENDICE B

Guia de entrevista do Grupo Focal para as profissionais

- a) Para você o que é envelhecer?
- b) Quais são as peculiaridades com relação ao seu trabalho com os idosos nesta unidade de saúde?
- c) Em sua opinião, os idosos tem alguma(s) dificuldade(s) em administrar o uso de medicamentos?
- d) Quais estratégias a unidade de saúde utiliza para promover a autonomia dos idosos para a administração mais adequada dos medicamentos por eles utilizados?
- e) Quais são as limitações ou dificultadores que o profissional enfrenta no tocante a prescrição de medicamentos para idosos?

APENDICE C

Guia de entrevista semi estruturada para pessoas idosas

- a) Para Você, o que é envelhecer?
- b) O que o envelhecimento trouxe para você? (Quais necessidades e vantagens apareceram com o envelhecimento?)
- c) Como você faz para usar o medicamento de maneira certa?
- d) Quais são as dificuldades que você tem para entender as recomendações da equipe de saúde sobre o uso dos medicamentos?
- e) Como você faz quando não entende as orientações sobre os medicamentos?

APENDICE D

Guia de entrevista semi estruturada para os profissionais de saúde da atenção básica

- a. Como você concebe o envelhecimento?
- b. Quais são as características principais dos idosos atendidos neste Centro de Saúde?
- c. Quais são as diferenças do trabalho com os pacientes idosos e o trabalho com pacientes não idosos? (o que o atendimento ao idoso exige a mais?)
- d. Quais são as competências e habilidades que o trabalhador de saúde deve ter para desenvolver trabalho com idosos? (o que os profissionais devem conhecer sobre o idoso – o que os profissionais devem saber fazer com o idoso – quais os valores que trabalhadores de saúde devem incorporar no trabalho com o idoso);
- e. Quais as dificuldades que os usuários apresentam em relação ao uso de medicamentos (compreensão do princípio ativo – finalidade – dosagem, etc.)
- f. Quais as orientações vigorem no Centro de Saúde para promover o acolhimento e a autonomia do idoso em relação a adequada medicação?
- g. Quais são as limitações ou dificuldades que os profissionais enfrentam no tocante a prescrição e adequada administração medicamentosa aos pacientes idosos?

APENDICE E

Guia de Observação Participante

| DATA: / / | | INÍCIO: | TÉRMINO: |
|-------------------------|---|----------------------|----------|
| CATEGORIA PROFISSIONAL: | | NOME DOS OBSERVADOS: | |
| Nº | Posturas corporais, conteúdo e modo de falas: | Respostas | |
| | | SIM | NÃO |
| 1 | Chama o (a) idoso (a) pelo nome próprio? | | |
| 2 | Chama o (a) idoso (a) por um adjetivo carinhoso? | | |
| 3 | O paciente sabe o nome de seu/sua médico (a) e o (a) chama pelo seu nome? | | |
| 4 | Cumprimenta o (a) idoso (a)? | | |
| 5 | O Profissional olha nos olhos do (a) idoso (a), acena a cabeça e ou a mão, estende a mão, dá um abraço, manifesta outra expressão corporal de cumprimento?) | | |
| 6 | O Profissional escuta o (a) idoso (a) com atenção? | | |
| 7 | O Profissional , manifesta expressão corporal de cumprimento? (acena a cabeça, estende a mão, dá um abraço). | | |
| 8 | Indaga suas queixas, falando inicialmente com o (a) idoso (a) e não com seu acompanhante? | | |
| 9 | Identifica quais são as principais preocupações do (a) idoso (a) dentre suas queixas? | | |
| 10 | O Profissional ouviu mais do que falar? | | |
| 11 | O Profissional comunica-se com o (a) idoso (a) em termos compreensíveis a ele (a)? | | |
| 12 | O Profissional mantém o (a) informado (a) sobre seus problemas e sobre a terapêutica realizada? | | |
| 13 | O Profissional olha para o (a) idoso (a) enquanto conversa com ele (a) | | |
| 13 | Indaga a situação socioeconômica do idoso em situações de possíveis gastos? | | |
| 14 | Informa do sigilo das confidências ouvidas e da importância das mesmas para a boa prática médica? | | |
| 15 | O (a) profissional (a) reporta-se ao acompanhante quando necessário, dando-lhe explicações e conferindo sua compreensão? | | |
| 16 | O (a) profissional (a) confere se o acompanhante compreendeu as explicações foram compreendidas? | | |
| 17 | O (a) profissional (a) incentiva a participação dos familiares no acompanhamento da consulta e no tratamento do (a) idoso (a)? | | |
| 18 | O (a) profissional (a) motiva a cooperação do (a) idoso (a) na adesão ao tratamento indicado? | | |
| 19 | O (a) profissional (a) recomenda retorno e outras iniciativas para estabelecimento do vínculo médico-paciente? | | |
| 20 | O (a) profissional (a) expresso sua defesa à autonomia da pessoa idosa e chega a encorajar seu / sua paciente a tomar atitudes autônomas? | | |
| 21 | O (a) profissional (a) ensina o paciente a cuidar de si mesmo? | | |
| 22 | O (a) profissional (a) estimula o idoso a se tornar mais ativo, crítico, conscientes e responsáveis pelo processo saúde-doença? | | |
| 23 | O (a) profissional (a) oferece mais de uma terapêutica sugere ao idoso (a) as alternativas mais apropriada? | | |
| 24 | O (a) profissional (a) repreende e ou fala de modo autoritário com seu / sua paciente? | | |
| 25 | O tempo dedicado à consulta foi o suficiente para uma abordagem adequada as condições específicas do idoso? | | |
| 26 | O (a) profissional (a) parece ter mais se preocupado em prescrever medicamentos conforme as queixas /sintomas relatados? | | |
| 27 | O (a) profissional (a) tratou seu / sua paciente como um objeto de trabalho, sem considerar seu papel de sujeito, para uma relação de sujeito (profissional) a sujeito (paciente)? | | |
| 28 | O (a) profissional (a) centra sua atenção na prescrição de medicamentos a partir das queixas/sintomas relatados? | | |
| 29 | Nota-se que o que é dito na consulta médica soa num tom ameaçador para a pessoa idosa consultante? | | |
| 30 | Nota-se que o (a) idoso (a) sai da consulta constrangido e ou inibido? | | |
| 31 | Existe incompreensão por parte do(a) profissional (a) das palavras utilizadas pelo (a) idoso (a) para expressar sua dor e sofrimento? | | |
| 32 | O (a) profissional identificar a(s) dificuldade(s) do(a) idoso (a) quanto ao uso adequado dos medicamentos? | | |
| 33 | O (a) idoso (a) compreende os termos técnicos utilizados pelo profissional? | | |
| Nº | Características físicas do ambiente. | Respostas | |
| | | SIM | NÃO |
| 1 | Oferece espaço de atendimento confortável e que reserve a privacidade? | | |
| 2 | Há sala de espera com cadeiras, bebedouros, revistas, televisão, vídeos educativos? | | |
| 3 | Existe a figura do funcionário "Posso ajudar?" para orientar o (a) idoso (a) quanto ao fluxo dos serviços na unidade de saúde (marcação de consulta, agendamento de retorno, exames, resultados de exames, dispensação de | | |
| 4 | Há banheiro próximo da sala de espera em boas condições de uso? | | |
| 5 | Existem cartazes fixados na parede sobre a saúde do idoso, sobre o uso racional de medicamentos? | | |
| 6 | No consultório médico existe a cadeira do acompanhante do (a) idoso (a)? | | |

APENDICE F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - GF

Título da Dissertação de Mestrado: OS SENTIDOS PRODUZIDOS DA INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E AS PESSOAS IDOSAS, NO TOCANTE AO USO DE MEDICAMENTOS.

Pesquisadores:

Mestranda: Sandra Araújo de França - contato: (61) 8556-7346

Orientador: Profº. Drº: Oviomar Flores – contato: (61)9976-2125

Instituição a que pertencem os Pesquisadores:

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

UnB - Campus Ceilândia – Área Especial, Ceilândia Sul – Ceilândia - DF CEP: 72220-140

Telefones para contato:

Fone: (61) 3376-0252 e-mail: pgctsfce@unb.br

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa

OS SENTIDOS PRODUZIDOS NA INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E AS PESSOAS IDOSAS, NO TOCANTE AO USO DE MEDICAMENTOS, na condição de participante de um Grupo Focal – GF. Este GF terá uma duração máxima de 2 horas, além disso fica garantido o sigilo completo de todas as informações colhidas durante esta atividade.

Este GF será gravado em *áudio* e vídeo.

Este estudo tem por objeto processo de interação entre os profissionais de saúde e os idosos no tocante ao uso de medicamentos.

Você estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento deste trabalho. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo; Os resultados da coletas de dados serão enviados para você e permanecerão confidenciais; Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão; e você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Sua assinatura a seguir indica que você leu este termo de consentimento, esclareceu suas dúvidas e livremente concordou em participar nos termos acima indicados.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

| Nome | Assinatura do Pesquisador | Data |
|------|---------------------------|------|
|------|---------------------------|------|

DECLARAÇÃO

Eu, _____, R.G.nº _____
____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do
projeto de pesquisa acima descrito.

APENDICE G

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - OP

Título da Dissertação de Mestrado: OS SENTIDOS PRODUZIDOS DA INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E AS PESSOAS IDOSAS, NO TOCANTE AO USO DE MEDICAMENTOS.

Pesquisadores:

Mestranda: Sandra Araújo de França - contato: (61) 8556-7346

Orientador: Profº. Drº: Oviomar Flores – contato: (61)9976-2125

Instituição a que pertencem os Pesquisadores:

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

UnB - Campus Ceilândia – Área Especial, Ceilândia Sul – Ceilândia - DF CEP: 72220-140

Telefones para contato:

Fone: (61) 3376-0252 e-mail: pgctsfce@unb.br

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa

OS SENTIDOS PRODUZIDOS NA INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E AS PESSOAS IDOSAS, NO TOCANTE AO USO DE MEDICAMENTOS, na condição de participante de uma das etapas a pesquisadora irá observar o profissional em atividade junto ao idoso, fica garantido o sigilo completo de todas as informações colhidas durante esta atividade.

Este estudo tem por objeto processo de interação entre os profissionais de saúde e os idosos no tocante ao uso de medicamentos.

Você estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento deste trabalho. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo; Os resultados da coletas de dados serão enviados para você e permanecerão confidenciais; Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão; e você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Sua assinatura a seguir indica que você leu este termo de consentimento, esclareceu suas duvidas e livremente concordou em participar nos termos acima indicados.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

| Nome | Assinatura do Pesquisador | Data |
|------|---------------------------|------|
|------|---------------------------|------|

DECLARAÇÃO

Eu, _____, R.G.nº _____

_____ responsável legal por _____, R.G. nº _____ declaro o mesmo concorda em participar, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

APENDICE H**Ficha de identificação do participante**

| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE |
|--|
| Nome: |
| Sexo: |
| Idade: |
| Naturalidade: |
| Escolaridade: |
| Profissão: |

ANEXO A

Termo de Concordância



GDF – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA



TERMO DE CONCORDÂNCIA

A Sra, LUCIMAR GONÇALVES DA COSTA ZERO, Diretora Geral da Regional de Ceilândia, SES/DF esta de acordo com a realização da dissertação de mestrado intitulada *OS SENTIDOS PRODUZIDOS NA INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E OS IDOSOS, NO TOCANTE AO USO ADEQUADO DE MEDICAMENTOS*, neste setor, sob a responsabilidade do Orientador: Prof.º Dr.º Oviromar Flores, Co-orientadora Prof.ª Dr.ª Clélia Maria de S. P. Ferreira e da mestrand: Sandra Araújo de França, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP- SES/DF.

A dissertação de mestrado em questão objetiva analisar os processos de interação entre os profissionais de saúde da atenção básica e os idosos no tocante ao uso adequado de medicamentos. A população estudada será composta por profissionais de Saúde de nível superior lotados na Unidade Básica de Saúde de Ceilândia que realizam práticas de assistência ao usuário com idade igual ou maior de 65 anos e Usuários (as) residentes na Cidade de Ceilândia que frequentam e estão inscritos (as) nos arquivos da Unidade Básica de Saúde de Ceilândia com idade igual ou superior a 65 anos de ambos os sexos com acesso à assistência dos profissionais de saúde com nível superior e uso regular de medicamentos há pelo menos um ano.

Ceilândia, 31 Outubro / 2012

Lucimar G. C. Zero
Coordenação Geral de Saúde
de Ceilândia
Coordenadora - Matr. 140538

Diretora do Hospital Regional de Ceilândia

Gerente do Centro de Saúde Ceilândia - 4408

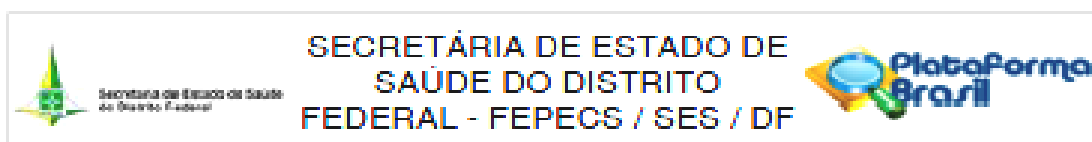
Aldenires N. F. de Oliveira 132.408-5
Gerente de Enfermagem Centro de Saúde Ceilândia – 4408

ALDENIRES N. F. DE OLIVEIRA
COREM-DF-340.695
CHEFIA DO NUCLEO ENF CSC 4408

Endereço: QNM 17 Área Especial 01 – 72 215-170 - Ceilândia DF Telefones: 3471-9000

ANEXO B

Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS SENTIDOS PRODUZIDOS NA INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E OS IDOSOS, NO TOCANTE AO USO ADEQUADO DE MEDICAMENTOS.

Pesquisador: SANDRA ARAÚJO DE FRANÇA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 09878812.2.0000.5553

Instituição Proponente: CENTRO DE SAÚDE DE CEILÂNDIA 4408

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 167.283

Data da Relatoria: 21/01/2013

Apresentação do Projeto:

A sociedade contemporânea passa por crescimento da população idosa e tem colocado para os órgãos governamentais, profissionais de saúde e para a sociedade os desafios próprios do envelhecimento populacional. As Unidades Básicas de Saúde são os principais suportes no cuidado e Atenção Primária à Saúde das pessoas nesta faixa etária. À medida que os indivíduos envelhecem, geralmente, ocorre a necessidade de utilizar medicamentos. Em comparação aos indivíduos mais jovens, sabe-se que os idosos utilizam três vezes mais esses produtos. Surge a pergunta: Como se dá o processo de interação entre os profissionais de saúde e os idosos no tocante ao uso adequado de medicamentos?

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Analisar os processos de interação entre os profissionais de saúde da atenção básica e os idosos no tocante ao uso adequado de medicamentos. **Secundários:** a) Investigar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao processo de envelhecimento, com destaque para os aspectos relacionados à promoção da autonomia do idoso para uso adequado de medicamentos. b) Conhecer a percepção do idoso usuário dos programas e ações voltadas à população idosa com relação ao seu próprio processo de envelhecimento e à atenção à sua saúde que lhe é prestada no âmbito das unidades básicas de saúde. c) Descrever quais ações e práticas de saúde são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde voltadas à autonomia dos idosos, com ênfase naquelas relacionadas ao uso adequado de medicamentos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

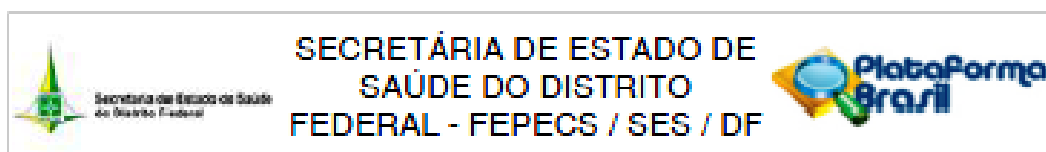
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3335-4935

Fax: (33)3335-4935

E-mail: cepcecdf@saude.df.gov.br



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de população vulnerável. Os objetivos do estudo estão claramente definidos. A benefício para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será utilizada como metodologia a exploratória de natureza qualitativa. Local da Pesquisa: Unidade Básica de Saúde de Ceilândia do Distrito Federal - Centro de Saúde de Ceilândia 4408. A população estudada consistirá de profissionais de Saúde de nível superior lotados na Unidade Básica de Saúde de Ceilândia que realizam práticas de assistência ao usuário com idade igual ou maior de 65 anos e Usuários residentes na Cidade de Ceilândia que frequentam e estão inscritos nos arquivos da Unidade Básica de Saúde de Ceilândia com idade igual ou superior a 65 anos de ambos os sexos com acesso à assistência dos profissionais de saúde com nível superior e uso regular de medicamentos há pelo menos um ano. Obtenção dos dados primários será realizada através da utilização da pesquisa de campo mediante a Observação Participante e Grupo Focal. A análise dos dados da OP e GF ocorrerão de modo simultâneo com a coleta dos dados onde ocorrerá a sistematização e categorização para compor um banco de dados para a análise, considerando opiniões recorrentes e frequentemente expressas, dissensos e consensos. Nesta dissertação serão consideradas as categorias por relevância. O orçamento foi corretamente apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os Termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

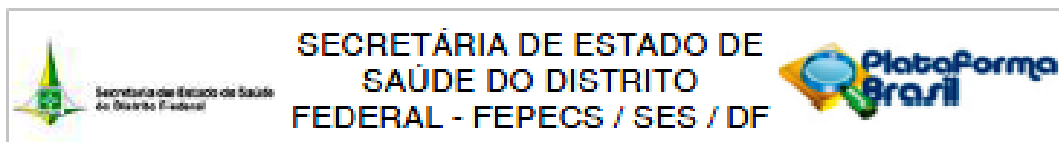
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As inadequações foram resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 - Ed 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4655 Fax: (31)3325-4655 E-mail: cepsecdf@saude.df.gov.br



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 21 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

Endereço: **SUMN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS**
Bairro: **ASA NORTE** CEP: **70.710-604**
UF: **DF** Município: **BRASILIA**
Telefone: **(61)3325-4935** Fax: **(33)3325-4935** E-mail: **cepocdf@saude.df.gov.br**