**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EEUSP**

SEBASTIÃO CALDEIRA

**O cuidado de saúde no contexto relacional enfermeiro e
mulher idosa: o olhar dos sujeitos envolvidos**

**SÃO PAULO – SP
2012**

SEBASTIÃO CALDEIRA

**O cuidado de saúde no contexto relacional enfermeiro e
mulher idosa: o olhar dos sujeitos envolvidos**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade
de São Paulo para a obtenção
do título de doutor.

Área de concentração: Cuidado
em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam
Aparecida Barbosa Merighi

**SÃO PAULO – SP
2012**

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 A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catlogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Caldeira, Sebastião

O cuidado de saúde no contexto relacional enfermeiro e mulher idosa: o olhar dos sujeitos envolvidos. – São Paulo, 2012.

99 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Saúde da mulher 2. Saúde do idoso 3. Enfermagem
4. Pesquisa qualitativa I. Título.

NOME: SEBASTIÃO CALDEIRA

TÍTULO: O CUIDADO DE SAÚDE NO CONTEXTO RELACIONAL ENFERMEIRO E MULHER
IDOSA: O OLHAR DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para a obtenção do título
de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a José Caldeira (in memoriam), que nos deixou aos seus 84 anos de vida. Pai, você foi o meu maior e melhor exemplo de honestidade.

A Amália Hipólito Caldeira, que, com seus 84 anos de idade, está apreendendo que a longevidade só faz sentido se houver qualidade de vida e saúde. Mãe, você é um dos motivos de inspiração para este estudo. Muito obrigado pelas suas orações. Pai e mãe, a vocês quero dedicar todas as minhas vitórias. Homenageando vocês, estendo esta homenagem a todos os idosos.

A minha irmã Maria Aparecida Caldeira (Cida) por estar ao meu lado em todos os momentos torcendo por mim, orando e dizendo: “Calma! Tudo passa”.

Aos irmãos Nilce, José Luiz, Idalina, Jair, Mauro, Maria Aparecida e Waldir, pelos bons momentos vivenciados juntos.

Nossa mãe Amália Hipólito Caldeira, Maria Aparecida Caldeira (irmã) e eu, Sebastião Caldeira, experienciando a relação face a face entre a mulher idosa, o enfermeiro e a família, permeada de experiências, expectativas e intenções recíprocas. Uma das formas de cuidar e ser cuidado(a).

Fotografia feita em frente à Catedral Metropolitana Nossa Senhora Aparecida, em Cascavel, PR, em 18 de dezembro de 2011.

AGRADECIMENTOS

Ao arquiteto do universo, pelo dom da vida.

Ao meu anjo guardião pelas oportunidades, provações e conquistas.

À orientadora, Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi, pela competência e responsabilidade com que conduziu este estudo.

À Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Pinto de Jesus, pelas preciosas contribuições, dedicação e amizade nesse momento tão especial.

À banca examinadora, Professoras Doutoras – Maria Cristina Pinto de Jesus, Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos, Elizabeth Braz e Sueley Itsuko Ciosak, pelas contribuições.

As colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas, colegas que, desde a apresentação do projeto da presente tese, contribuíram para a sua concretização: Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos, Roselane Gonçalves, Deise Moura de Oliveira, Patrícia Campos Pavan Baptista. Grato pelas contribuições e amizade.

As colegas da Universidade Estadual de Londrina - Maria Elisa Wotzasek Cestari, Dolores Ferreira de Melo Lopes e Thelma Malagutti Sodré, pelo apoio nos meus primeiros momentos em São Paulo.

Aos professores da Universidade de São Paulo, que contribuíram com seus conhecimentos durante as disciplinas cursadas e aos colegas de disciplinas, pelas experiências e contribuições.

Aos funcionários da EEUSP – bibliotecários, recepcionistas, setores de informática, administrativo e financeiro, serviço de limpeza e Restaurante Universitário (RU) – pelos serviços a mim prestados com tanta dedicação. Em especial aos funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP) e da Pós-Graduação – Marcello Batista Pimentel, Betânia, Lívia, Márcia, Silvana Maximiano, Regiane e Dayse, pela disponibilidade, apoio e amizade.

Aos professores do Colegiado de Enfermagem e demais instâncias da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste/Cascavel), por me concederem tempo integral para cursar o doutorado.

Aos amigos Rosa Maria Rodrigues, Maristela Salete Maraschin, Nelsi Salete Tonini, Elizabeth Souza (Beth), Janice Terezinha Barazetti, Ulmara Salete Coppi, Eugênia Freitas Coraça, Marco Antonio Padovani e Glaci Jussara Daniel (Jussara) pela amizade, irradiação de energias positivas, orações e apoio.

Aos enfermeiros e mulheres idosas que participaram desta tese, o meu muito obrigado. Transpor este aprendizado da teoria à prática será a forma mais justa e ética de agradecimento.

*Como é bom estar aqui
Em meio a tantas provações
Saber que posso confiar
Em meu senhor
E acreditar
Que ele nunca faltará.*

*A tempestade vai passar
Pois sobre as ondas, confiante andarei
Tribulações, vencerei
As aflições superarei
Deus provê
Eu sei que proverá.*

*Nesse bravo mar da vida
Ventos vêm me atormentar
Nesta rocha firme e forte
Que é meu Deus
Não temerei
Nele posso confiar.*

*A tempestade vai passar
Pois sobre as ondas, confiante andarei
Tribulações, vencerei
As aflições superarei
Deus provê
Eu sei que proverá.*

(Padre Reginaldo Manzotti)

Caldeira S. O cuidado de saúde no contexto relacional do enfermeiro e mulher idosa: o olhar dos sujeitos envolvidos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Introdução: o aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo, com destaque para o gênero feminino, reflete a necessidade de estudos que se dediquem a investigar o cuidado à mulher idosa pelo enfermeiro, considerando a perspectiva dos sujeitos envolvidos nessa relação de cuidado. **Objetivo:** compreender o cuidado à saúde na perspectiva das mulheres idosas e dos enfermeiros. **Metodologia:** estudo fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz realizado no município de Cascavel, Paraná-Brasil, em nove Unidades de Saúde, sendo sete Unidades Básicas e duas pertencentes à Estratégia Saúde da Família. Participaram dez enfermeiros que atuam no cuidado à saúde das mulheres idosas e oito idosas cuidadas por enfermeiros. Os depoimentos foram obtidos no período de setembro de 2010 a janeiro de 2011 por meio de entrevista aberta, com as seguintes questões norteadoras para as mulheres idosas: conte para mim sobre as suas necessidades de cuidado à saúde neste momento de sua vida. Como é para a senhora ser cuidada pelo(a) enfermeiro(a). O que a senhora espera em relação ao cuidado à saúde? Para os enfermeiros: como você percebe as necessidades de cuidado à saúde da mulher idosa? Como você cuida dessa mulher? O que você espera de suas ações de cuidado à saúde a esse tipo de clientela? **Resultados:** as idosas referem necessidades físicas e psicossociais de cuidado, requerem atenção, competência técnica e comprometimento no cuidado e esperam acolhimento por parte do enfermeiro e dos serviços de saúde. Os enfermeiros identificam especificidades relacionadas ao envelhecimento no cuidado à mulher idosa; valorizam a participação da família como mediadora do cuidado e apresentam limites relacionados ao serviço no que tange à ausência de protocolos que direcionem a assistência a essa clientela. Esperam realizar um cuidado qualificado à idosa, alicerçado em uma formação profissional direcionada para o atendimento a essa clientela. **Conclusão:** evidenciou-se que a compreensão do cuidado à saúde se baseia predominantemente em relações de reciprocidade entre o enfermeiro – aquele que cuida – e a mulher idosa – a pessoa cuidada. Espera-se que o presente estudo possibilite reflexões e ações no âmbito assistencial, no ensino e na pesquisa no que tange à saúde da pessoa idosa na situação de cuidado pelo enfermeiro. Essas devem vir ancoradas nas perspectivas de ampliação do conhecimento nesses campos, com vistas a aproximações entre o cuidado esperado pela mulher idosa e o realizado pelo enfermeiro no cotidiano dos serviços de saúde.

Descritores: Enfermagem; Saúde da mulher; Saúde do idoso; Pesquisa qualitativa.

Caldeira S. The health care in the relational context between nurse and elderly woman: people involved view [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Introduction: the increase in expectation of life in Brazil and in the world, focusing the female genre, reflects the necessity of studies that look forward to investigate the care to the elderly woman by the nurse, taking into consideration the perspective from the people evolved in this relation of care.

Objective: to understand the health care in the perspective of the elderly women and the nurses.

Methodology: study based in the Social Phenomenological from Alfred Schütz. It was achieved in the city of Cascavel, Paraná-Brazil in nine primary care group, being seven basic units and two which work in the health family strategy. In this research there were ten nurses who worked in elderly women health care and eight elderly women taken care by nurses. The interviews were obtained from September of 2010 to January of 2011 by means of open interview, with the questions guided for the elderly women: tell me about your necessities of health care in this moment of your life. How do you feel like being cared by the nurse? What do you expect concerning the health care? Questions done to the nurses: How do you feel the necessities of the elderly woman health care? How do you care about this woman? What do you expect about your care concerning the health to this kind of clientele?

Results: the elderly women say about physical necessities and psychosocial care, attention need, technical competence and commitment in the care and look forward for affective care by the nurse and health services. The nurses identify the peculiarities related in the care of elderly woman; make it important the participation of the family as a care mediator and show limits related in the services concerning the lack of protocols that guide the assistance of this clientele. It is expected to achieve a qualified care to the elderly woman founded in professional basis focused for the assistance to these people.

Conclusion: it became evident that the comprehension in the health care is based predominantly in the interaction between the nurse- the one who cares and the elderly women- the one who is cared. This study makes possible reflections and actions in the assistance, in the formation and in the research concerning the elderly woman's health in the situation of care by the nurse. These must be anchored in the perspectives of growth in knowledge in these fields, targeting the approach between the care expected by the elderly women and the achieved by the nurse in the day- by- day in the health services.

Descriptors: Nursing; Woman health; Health of the elderly; Qualitative research.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema Representativo do Estudo. São Paulo, 2012.	17
Figura 2: Esquema Representativo da Trajetória Metodológica. São Paulo, 2012.	43
Figura 3: Esquema Representativo das Categorias Concretas do Vivido. São Paulo, 2012.	58
Figura 4: Esquema representativo dos Tipos Vividos: “Mulheres idosas e suas necessidades e expectativas de cuidado” e “Enfermeiros no cuidado de mulheres idosas”. São Paulo, 2012.	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA	13
1.2 O OBJETO, AS INQUIETAÇÕES E O OBJETIVO DO ESTUDO	15
2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA.....	19
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	30
3.1 A OPÇÃO PELA PESQUISA FENOMENOLÓGICA	30
3.2 PRESSUPOSTOS DA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ E SUA ARTICULAÇÃO COM A TEMÁTICA EM ESTUDO.....	31
4 CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA.....	35
4.1 A REGIÃO DE INQUÉRITO	35
4.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA	36
4.3 A OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS.....	38
4.4 O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	40
4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS	42
5 RESULTADOS.....	45
5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO	45
5.1.1 O contexto de significado relacionado às necessidades de cuidado de saúde das mulheres idosas – “motivos por que”.	45
5.1.2 A intencionalidade da ação de mulheres idosas relacionada ao cuidado à saúde – “motivos para”	47
5.1.3 O contexto de significado relacionado à ação de cuidar do enfermeiro – “motivos por que”	50
5.1.4 A intencionalidade da ação do enfermeiro no cuidado à mulher idosa – “motivos para”.	56
5.2 A CONSTITUIÇÃO DO TIPO VIVIDO	59
6 DISCUSSÃO.....	62
7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO	78
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	94
ANEXOS.....	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

O interesse em desenvolver um estudo que envolvesse a mulher idosa e a relação de cuidado com o enfermeiro foi despertado desde o meu ingresso no Curso de Graduação em Enfermagem, alimentado ao longo da minha formação acadêmica e após como enfermeiro assistencial e docente da área de Enfermagem na Saúde da Mulher.

Atuo como docente na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, *Campus* de Cascavel, no desenvolvimento de atividades teóricas e práticas com alunos de graduação e de pós-graduação em Enfermagem, mais especificamente na consulta de enfermagem à mulher.

Nesse cenário de atuação profissional percebi que muitos enfermeiros, ao prestarem atendimento às mulheres idosas que procuram os serviços de saúde em busca da resolução de problemas de ordem física, psíquica e social, não valorizam suas individualidades e necessidades de cuidado, o que me fez refletir sobre o distanciamento e a dicotomia existente entre a teoria e a prática profissional.

Como enfermeiro que realiza a consulta de enfermagem à mulher, independentemente da faixa etária, ainda que atento aos possíveis tratamentos e encaminhamentos frente às suas necessidades, minha percepção sempre foi além do cuidado biológico.

Em 2005, concluí minha dissertação de mestrado, uma pesquisa qualitativa com abordagem da Fenomenologia sobre o cuidado e a linguagem realizada com enfermeiros no contexto da assistência hospitalar¹.

A realização desse trabalho, além de permitir-me apreender que os enfermeiros compreendem a importância da linguagem no cuidado, uma vez que valorizam a linguagem verbal, corporal e escrita¹, despertou-me para um olhar reflexivo sobre o cuidado do enfermeiro à mulher, considerando que se trata de um grupo social com características típicas e foco das minhas ações como profissional de saúde.

Em 2008, ao inserir-me no Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), tive a oportunidade de aprofundar meus estudos acerca da Fenomenologia e amadurecer a ideia de desenvolver uma pesquisa que envolvesse o cuidado à mulher idosa.

Ingressando no curso de Doutorado na EEUSP em 2009, decidi investigar as necessidades de cuidado da mulher idosa que procura um serviço de saúde e o cuidado prestado pelo enfermeiro. Para tanto, recorri inicialmente à literatura para saber como os estudiosos estariam abordando tal temática.

Pelas leituras na época feitas, percebi que em quase todos os países do mundo a proporção de pessoas idosas vem crescendo mais rápido do que em qualquer outra faixa etária, o que leva a refletir sobre os desafios e enfrentamentos pelos profissionais de saúde em relação às necessidades de cuidado desta população².

De modo geral, os estudos envolvem aspectos clínicos e biológicos relacionados à prática profissional com foco nas patologias que acometem a população idosa, principalmente doenças crônicas e degenerativas³, aspectos populacionais, sociodemográficos, epidemiológicos e condições socioeconômicas⁴⁻⁵, velhice, envelhecimento e longevidade humana⁶ e a socialização dos idosos⁷.

No que concerne à assistência de enfermagem aos idosos, as pesquisas contemplam predominantemente ações curativas⁸.

Sobre o cuidado do enfermeiro à mulher idosa foram encontrados em menor proporção alguns trabalhos que abordam o climatério, a menopausa, a sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)⁹⁻¹¹ e que discutem a avaliação multidimensional do idoso e o enfermeiro como instrumento da ação de cuidar¹².

No que diz respeito à abordagem das necessidades de cuidado da mulher idosa articulada à ação de cuidar do enfermeiro, há uma lacuna no conhecimento.

Desse modo, destaca-se que as pesquisas sobre o cuidado, a avaliação multidimensional do idoso e os modelos de cuidar por parte do enfermeiro merecem investimentos¹³, pois, para cuidar do idoso, fazem-se necessários envolvimento sólidos e aproximações entre o enfermeiro e o idoso, considerando o respeito, o compromisso e a solidariedade¹⁴.

Propor este estudo considerando a ação do cuidado, envolvendo a mulher idosa e o enfermeiro torna-se fundamental na medida em que seus resultados podem oferecer subsídios para o planejamento de ações em saúde e, assim, incrementar a qualidade da assistência à mulher idosa. Além do mais, poderá possibilitar reflexões para a prática profissional, o ensino da Enfermagem e contribuir para que novas investigações na área da saúde do idoso possam ser desenvolvidas.

1.2 O OBJETO, AS INQUIETAÇÕES E O OBJETIVO DO ESTUDO

Este estudo tem como objeto de investigação o cuidado à saúde da mulher idosa pelo enfermeiro e está pautado nas seguintes inquietações:

- Quais são as necessidades de cuidado à saúde da mulher idosa?
- O que a mulher espera em relação ao cuidado à saúde?
- Como é, para essa mulher, ser cuidada pelo enfermeiro?
- Como o enfermeiro cuida dessa mulher?
- Como o enfermeiro percebe as necessidades de cuidado à saúde à mulher idosa?
- O que o enfermeiro espera das suas ações de cuidado à saúde voltadas à essa clientela?

Dar voz às mulheres idosas que buscam o cuidado de saúde e aos enfermeiros que cuidam dessas mulheres para que possam falar sobre suas vivências e expectativas é o que norteia esta investigação, que tem como

objetivo compreender o cuidado à saúde na perspectiva de enfermeiros e de mulheres idosas.

O Esquema Representativo do Estudo pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1: Esquema Representativo do Estudo. São Paulo, 2012.

2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem se manifestando de forma rápida e distinta nos diferentes países, trazendo grandes desafios para as políticas públicas em assegurar a continuidade do processo de desenvolvimento econômico e social, garantindo a equidade entre os grupos etários na partilha de recursos, direitos e responsabilidades sociais¹⁵.

Nesse contexto, destaca-se ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Mesmo assim envelhecer não é mais privilégio de poucos¹⁶.

Uma análise do crescimento da população mundial no período de 1995 a 2005 mostrou que houve uma redução da população jovem e o aumento da população idosa, caracterizando o envelhecimento populacional. Além disso, destaca-se também um crescimento mais acentuado do grupo de idosos com oitenta anos ou mais, indicando alteração da composição etária dentro do próprio grupo, o que revela a heterogeneidade desse segmento populacional. Por fim, constata-se que o envelhecimento seria também um fator de gênero, onde as mulheres predominam entre os idosos, em consequência de maior mortalidade masculina no decorrer da vida¹⁵.

Ao referir-se ao aumento da longevidade e às repercussões desse fenômeno no contexto da saúde, estudo desenvolvido no Canadá mostrou que a população mundial de pessoas idosas duplicará de 11% em 2006 para 22% em 2050, com implicações globais no desenvolvimento humano e na saúde no século XXI⁵.

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e para 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o país será o sexto país do mundo em número de idosos, com um

contingente superior a 30 milhões de pessoas. Consequentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade¹⁶.

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típico dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos¹⁶.

O aumento da população idosa é devido às taxas de fertilidade em declínio e, ao mesmo tempo, por uma maior expectativa de vida ao nascer, fatores esses causados também pelos avanços tecnológicos. Esses fatores levam a refletir sobre os desafios e enfrentamentos dos profissionais de saúde em relação às necessidades de cuidado dessa clientela². Além do mais, o aumento da população idosa pode ser considerado como uma das formas de expressão da questão social, ao implicar em graves e multifacetados problemas que repercutem social, política e economicamente no âmbito da vida privada, na vida dos idosos e da família, e também no âmbito da vida pública, por meio da formulação de políticas públicas que tratam dessa questão social¹⁵.

No que diz respeito ao aumento da população feminina, percebe-se que esta tem aumentado consideravelmente. Segundo dados apresentados pelo IBGE, no ano de 2010 havia 8.549.259 de idosos do sexo masculino e 10.732.790, do sexo feminino¹⁷.

Conforme estudo desenvolvido na Suécia, as mulheres vivem mais do que os homens em todo o mundo, utilizam mais o sistema de saúde e necessitam de maiores cuidados devido aos problemas de saúde associados aos fatores biológicos, sociais, econômicos, sendo um desafio mundial enfrentado na saúde pública¹⁸.

No Brasil, a expectativa de vida das mulheres é maior do que a dos homens. De acordo com dados do IBGE, a média de vida dos homens é de 69,4 anos e das mulheres, 77 anos. Das cinco regiões do país, a Região Sul tem a maior diferença entre os sexos. Na faixa etária dos 65 anos ou mais, há somente 67 homens para cada 100 mulheres¹⁷.

Dos 10.439.601 milhões de habitantes que constituem a população do Estado do Paraná (Região Sul do Brasil), 1.170.955 são idosos. Destes, 537.008 são homens e 633.947 são mulheres^{17,19}.

Na área de abrangência da Décima Regional de Saúde (10ª RS) no Estado do Paraná, que inclui 25 municípios, a população de idosos totaliza 36.648 habitantes, sendo 18.232 do sexo masculino e 18.416 do sexo feminino¹⁹. Em Cascavel, município onde o presente estudo foi realizado, a população de idosos é de 25.715, sendo 11.646 homens e 14.069 mulheres²⁰.

O fenômeno da maior longevidade feminina (as mulheres vivem em média oito anos a mais do que os homens) pode ser atribuído a fatores biológicos (em especial pela proteção hormonal de estrógeno), à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade, à inserção diferenciada no mercado de trabalho, ao menor uso ou abuso de tabaco e/ou de álcool e também à diferença de atitude durante a vida em relação à saúde e à doença²¹.

No que tange à predominância de mulheres no grupo da população idosa, um estudo desenvolvido no interior paulista mostrou que análises têm sido propostas para explicar essa diferença. Algumas hipóteses aventadas sugerem que os homens têm as mais altas taxas de mortalidade relacionadas a fatores como violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas. Já as mulheres têm as mais altas taxas de morbidade em quase todas as doenças crônicas não fatais. Além disso, elas tendem a prestar atenção aos sinais e aos sintomas de doenças e a procurar assistência mais frequentemente que os homens²².

Conforme estudo realizado pelo Centro de Pesquisa sobre o Envelhecimento da Dinamarca, as mulheres tendem a ter mais sintomas

físicos e psicológicos relatados e mais doenças não fatais do que os homens. As explicações mais comuns da desvantagem de saúde das mulheres aludem às diferenças biológicas, psicológicas e sociais estabelecidas entre homens e mulheres²³.

De modo semelhante, um estudo realizado no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, identificou que, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção básica à saúde é menor do que a das mulheres²⁴.

Segundo estudo sobre o perfil epidemiológico de morbimortalidade masculina desenvolvido no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, ao focar os fatores biológicos e comportamentais de mulheres e homens referentes à saúde e doença, a baixa procura pelos serviços de saúde não está atrelada apenas ao consumo dos serviços de saúde, mas, sim, ao fato de os hábitos de cuidados estarem mais presentes em mulheres do que em homens²⁵.

Nesse sentido, não há como negar que a prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades e, conseqüentemente, promover o bem-estar dessa população, pois, embora o envelhecimento não esteja, necessariamente, relacionado às doenças e a incapacidades, as doenças crônicas e degenerativas são frequentemente encontradas nessa faixa etária²⁶.

Estudos mostraram que a expectativa de vida de uma população necessita ser acompanhada pela melhoria e manutenção da saúde e da qualidade de vida. Dessa forma, vale salientar que a desinformação sobre a saúde do idoso ainda é grande, e os desafios advindos também²⁷⁻²⁸.

A atenção à saúde dos idosos é primordial para preservar a sua autonomia pelo maior tempo possível, pois o envelhecimento é um conceito multidimensional determinado socialmente, não apenas em relação às condições econômicas, mas no plano simbólico sob a percepção coletiva acerca do envelhecer¹⁵. Trata-se de um período de declínio caracterizado por dois aspectos: a senescência e a senilidade.

A senescência é um estado em que ocorrem alterações fisiológicas, psicológicas e sociológicas, sendo vivenciado de modo singular, independentemente de idade, etnia e sexo²⁹. Já a senilidade é o declínio físico acelerado no funcionamento de todos os sistemas do corpo acompanhado das alterações cognitivas³⁰.

Nesse sentido, vale a pena destacar que as doenças crônicas tendem a acelerar o processo do envelhecimento, principalmente se não houver acompanhamento por parte dos profissionais de saúde¹⁷, pois, de modo geral, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde¹⁶.

Estudo desenvolvido em Porto Alegre (RS) com 292 idosos sobre a utilização e acesso de idosos na atenção básica evidenciou que os idosos em sua maioria, recebem cuidado de saúde centrado no enfoque curativo. Dessa forma, destaca-se que devem ser priorizadas na atenção básica estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos crônicos, pois se faz necessário apreender sobre o processo de saúde-doença, bem como, rever o papel dos serviços de saúde tanto na perspectiva dos usuários, como na dos profissionais de saúde visando à formulação de políticas públicas de saúde para esse grupo populacional³¹.

Em contrapartida, os profissionais de saúde devem estar atentos para as necessidades de cuidados não médicos. É o que mostrou um estudo desenvolvido na Holanda ao evidenciar que os idosos possuem necessidades de saúde além da doença e requerem mais atenção dos profissionais da saúde que atuam na atenção primária para melhorar a qualidade do atendimento³².

Nesse mesmo pensar, um estudo desenvolvido no Canadá com cinco mil mulheres com idade entre 55 e 95 anos mostrou que essas mulheres conhecem as suas necessidades e prioridades de saúde, mas os profissionais conseguem identificar apenas parte dessas necessidades e prioridades. Os autores evidenciaram que deve haver articulação entre o

levantamento das necessidades e prioridades com a melhoria do cuidado prestado³³.

O sistema de saúde brasileiro, tradicionalmente, está organizado para atender à saúde materna e infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Desse modo, faz-se necessário pensar que uma importante consequência do aumento do número de pessoas, na faixa etária em questão, refere-se ao fato de essas pessoas provavelmente apresentarem um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e de saúde e por tempo mais prolongado³⁴.

O atendimento às necessidades de saúde da população idosa pressupõe, além da qualificação dos serviços e dos profissionais de saúde, a garantia do acesso aos diagnósticos adequados, à medicação e à reabilitação funcional, prevenindo a perda de capacidade funcional e reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem³⁴.

Nesse sentido, uma das estratégias para atender às necessidades de saúde da população idosa brasileira remete à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), criada em 2006, com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁴.

Além do mais, o envelhecimento com independência e autonomia é um desafio para os profissionais da saúde, pois é necessário ultrapassar a simples abordagem clínico-curativa para uma atuação com postura interprofissional e interdisciplinar, o que evidencia a necessidade de consolidar práticas que contemplem a atenção da vida e saúde das pessoas idosas, segundo os princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade, requeridos pelo SUS³⁵.

No contexto de atenção à saúde, é importante ressaltar que a saúde da população feminina não está desvinculada dos aspectos de gênero. É o que se evidenciou em um estudo sobre a produção científica da Enfermagem referente à mulher na terceira idade, em que a mulher idosa aparece como sujeito de poucas pesquisas. Além do mais, os enfoques e os

objetos dessas investigações se afastam fortemente das questões de gênero, demonstrando-se o aspecto assexuado da velhice, além da negação dos papéis sociais impostos à mulher, independente da idade, classe social, etnia e religião³⁶.

Gênero é um conceito que nos permite entender a sociedade em que vivemos e nos faz compreender que as desigualdades econômicas, políticas e sociais existentes entre homens e mulheres não são simplesmente produtos de suas diferenças biológicas³⁷.

Conforme estudo realizado na Suécia com o objetivo de analisar a associação entre gênero e saúde, a igualdade de gênero é uma questão de equidade que envolve todos os seres humanos¹⁸.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o ser humano não deve se tornar doente ou morrer devido às desigualdades de gênero, pois homens e mulheres diferem em termos de constituição biológica, poder, *status*, normas e papéis estabelecidos socialmente. Nesse sentido, destaca-se que, sem a devida atenção às questões de gênero, as políticas e os cuidados de saúde serão limitados. Dessa forma, o Departamento de Gênero, Mulheres e Saúde visa alcançar a igualdade e a equidade, melhorando a saúde das mulheres baseado nos princípios da igualdade de gênero e da equidade na saúde².

Estudo desenvolvido no Reino Unido com idosos mais velhos que vivem na Inglaterra e País de Gales mostrou um aumento na diferença de gênero na velhice. Mulheres idosas têm maior chance de ter demência, depressão, viver em asilos, residências para idosos ou casas de cuidados de enfermagem, isso devido principalmente à viuvez e alterações físicas e cognitivas³⁸.

Outro estudo sobre a auto e heteropercepção entre homens e mulheres idosos sobre a relação de gênero mostrou que o masculino está associado ao mundo público, e o feminino, ao domínio da casa. Os papéis sociais de gênero na velhice mostraram que homens e mulheres idosos reivindicam entre ambos, papéis naturais, ideias e valores sociais deixando claro o que é ser masculino e feminino. Às mulheres cabe, no geral, o

exercício de papéis mais ou menos estereotipados que as colocam em desvantagem em várias instâncias sociais. Os pesquisadores ressaltam que o entrelaçamento entre a perspectiva de gênero na velhice permite o entrecruzamento entre as dimensões subjetivas dos idosos e afirma que, no cotidiano dos idosos, estão presentes os valores e padrões socioculturais construídos socialmente influenciando nas atitudes desses idosos e determinando como deve ser o masculino e o feminino na velhice³⁹.

No que concerne ao cuidado por parte do enfermeiro à mulher idosa, evidências apontaram que em todo o mundo esse profissional necessita estar preparado para o cuidado ao idoso. Nos Estados Unidos, cerca de 90% a 95% dos idosos vivem em suas próprias casas e recebem cuidados de enfermagem que incluem a atenção integral domiciliar e ambulatoriais⁴⁰.

Os enfermeiros americanos são os líderes no desenvolvimento e na implementação dessas práticas inovadoras e que incetivam os idosos a permanecerem em casa o maior tempo possível. Modelos de cuidado domiciliar, baseados na Enfermagem comunitária, parecem ser uma solução muito promissora para atender às necessidades dos idosos, pois proporcionam o envolvimento da família no cuidado⁴¹.

Outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos evidenciou a preocupação em preparar profissionais de saúde para prestar cuidados à população de idosos, considerando o crescente aumento da longevidade humana. Os autores ressaltaram a preocupação com a falta de professores, currículos inconsistentes e poucas oportunidades de treinamento para os profissionais para atuarem junto a essa clientela. Várias iniciativas políticas são discutidas pelos setores e organizações de saúde e instituições responsáveis pela formação profissional com vistas a aumentar a força de trabalho nessa área, porém ainda são insuficientes. Em particular as organizações profissionais de enfermagem têm envidado esforços visando ao enfrentamento da escassez de profissionais de saúde preparados para cuidar da população idosa⁴².

No Canadá, estudo desenvolvido sobre a atuação do enfermeiro na atenção primária de saúde mostrou que, com a escassez de médicos de

saúde da família, houve um avanço na atuação do enfermeiro. Assim como acontece em outros países, a presença desse profissional na atenção primária contribuiu para a diminuição das internações hospitalares de pacientes vulneráveis. No referido estudo, os usuários dos serviços perceberam que a participação do enfermeiro no cuidado aumenta a acessibilidade aos serviços de saúde, mas esperam na prática que os papéis profissionais sejam definidos entre enfermeiros e médicos⁴³.

Na China um estudo mostrou que com a escassez de apoio social e com os cuidados da família menos disponíveis, a enfermagem ganhou posição privilegiada nas políticas de saúde para o cuidado dos idosos. Muitas intervenções de enfermagem são relativamente de baixo custo se comparadas com as intervenções médicas. Inspirada pelo desenvolvimento da enfermagem gerontológica nos Estados Unidos, a Enfermagem pode melhorar o cuidado domiciliar dos idosos chineses. Faz-se necessário também investir na reforma curricular dessa profissão tendo seu foco voltado para a gerontologia⁴⁴.

No Brasil, estudos evidenciaram que a efetivação das políticas públicas de saúde, particularmente a PNSPI, depende principalmente do compromisso ético dos setores governamentais e profissionais da saúde. Destaca-se, no entanto, que há necessidade de investimentos na formação para uma atenção especializada em qualidade e quantidade^{21,35}.

Sobre o cuidado ao idoso realizado pelo enfermeiro, um estudo realizado na Região Nordeste do Brasil, no contexto da Estratégia Saúde da Família, mostrou que os enfermeiros prestam o cuidado humano com preocupação, respeito e solidariedade, mas encontram limitações, principalmente no que tange à sua formação profissional. Dessa forma, os investimentos das políticas públicas voltadas para o idoso especialmente na formação qualificada para o cuidado, mesmo que regulamentadas nos diversos dispositivos legais, ainda são incipientes, o que dificulta as ações de cuidado à saúde dessa clientela⁴⁵.

Outro estudo ressaltou que as mudanças sociais e demográficas geram novas necessidades de cuidados voltadas à população idosa. Nesse

contexto, a Enfermagem assume lugar de destaque, já que possui um papel primordial, seja no cuidado direto ao idoso ou na capacitação do cuidador ou familiar⁴⁶.

No tocante à formação para o cuidado do idoso, um estudo desenvolvido na Universidade Federal do Triângulo Mineiro também mostrou que as instituições formadoras devem repensar o processo de ensino aprendizagem, de maneira a formar profissionais de saúde que respondam às necessidades de saúde da população idosa⁴⁷.

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de melhores investimentos nos setores e serviços sociais e de saúde para que o aumento da expectativa corresponda às expectativas de saúde. Para tanto, faz-se necessário melhorar os cenários de formação profissional para o cuidado do idoso, particularmente para a formação do enfermeiro, bem como investir nas políticas públicas e setores de saúde voltados para essa população.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 A OPÇÃO PELA PESQUISA FENOMENOLÓGICA

Investigações qualitativas contribuem para a melhor compreensão da distância entre o conhecimento e a prática, na medida em que auxiliam na compreensão da vivência dos sujeitos explicando suas ações diante das necessidades de cuidado de saúde⁴⁸. São investigações que se preocupam com a realidade, com o universo de significados, bem como com outros motivos, valores e crenças que não podem ser quantificados e por aprofundar-se no mundo das ações, dos significados e das relações humanas⁴⁹.

Dentre as diversas modalidades da pesquisa qualitativa, a Fenomenologia Social mostrou-se mais pertinente no presente estudo por ser a que permite a compreensão dos fenômenos humanos vivenciados no cotidiano a partir de experiências concretas⁵⁰⁻⁵¹.

A Fenomenologia Social, tal como preconizada por Alfred Schütz, apresenta-se como ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra, explicita e se preocupa com fenômenos sociais tais como são vividos pelas pessoas. É um referencial que visa compreender a vivência intersubjetiva, ou seja, o mundo com os outros, a relação social, sempre com o olhar voltado para o atendimento das ações dos seres humanos e suas relações sociais dotadas de significado⁵².

Desse modo, buscou-se nos pressupostos teóricos das obras de Alfred Schütz fundamentação para compreender o cuidado à saúde sob a perspectiva de quem recebe o cuidado – a mulher idosa – e de quem o realiza, o enfermeiro.

3.2 PRESSUPOSTOS DA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ E SUA ARTICULAÇÃO COM A TEMÁTICA EM ESTUDO

A Fenomenologia Social de Alfred Schütz visa compreender o mundo social em seu significado intersubjetivo e tem como proposta a análise das relações sociais. Trata-se da estrutura de significados na vivência intersubjetiva da relação social face a face, voltando-se, portanto, para entender as ações sociais que têm um significado contextualizado, de configuração social⁵⁰⁻⁵¹.

A experiência de cuidado vivenciado pelo enfermeiro e pela mulher idosa se dá no cotidiano vivido desses sujeitos, ou seja, no mundo da vida, que, para Schütz, é um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que outros homens coexistem e convivem entre si, não só de maneira corporal e entre os objetos, mas também como seres dotados de uma consciência que é essencialmente voltada para este mundo⁵⁰.

O cuidado é uma experiência vivenciada de modo natural e constitui-se na primeira relação social do ser humano⁵⁰⁻⁵¹. É um processo interativo que, ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nessa ação social. Assim, a mulher idosa e o enfermeiro possuem interesses que lhes são próprios e que os motivam e direcionam para as ações de cuidado. São os motivos existenciais – motivação⁵⁰.

Para o enfermeiro, o cuidado de saúde é uma de suas obrigações, haja vista que, como ciência, a Enfermagem é uma profissão humana e rigorosa no contexto das relações sociais. Mesmo assim, contudo, do ponto de vista metodológico, ainda é preciso trabalhar a essência das relações sociais do cuidado como ação social vivida*. Assim, os procedimentos desses cuidados requerem competência técnica, atitudes, empatia, respeito, comprometimento, consideração e expectativas acerca das ações de

* Fala da filósofa Creusa Capalbo no Seminário sobre Fenomenologia Social de Alfred Schütz realizado no Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), no dia 24 de agosto de 2011.

cuidado que só se tornam possíveis a partir da bagagem de conhecimento disponível pelas pessoas envolvidas – enfermeiros e mulheres idosas.

Segundo Schütz, bagagem de conhecimento é algo herdado dos nossos predecessores, é algo que podemos acrescentar à nossa própria experiência vivida. Essa experiência vivida só pode ser compreendida por meio de ações exteriorizadas que constituem a base da comunicação e da relação social. Essas ações são impulsionadas pelos “motivos por que” e pelos “motivos para”⁵⁰.

Os “motivos por que”⁵⁰ são razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos consumados. Constituem-se na bagagem de conhecimentos que herdamos dos nossos predecessores. Só é possível reconstruir esses motivos em retrospectiva, a partir da reflexão do ato concretizado⁵³. Já a orientação para o comportamento futuro constitui-se no “motivo para”, que é uma categoria essencialmente subjetiva, pois ainda não aconteceu⁵⁰.

Na relação de cuidado de saúde é preciso reconhecer as necessidades de saúde da mulher idosa e identificar quais ações de saúde esta requer. Assim, faz-se necessário que a mulher idosa e o enfermeiro possam ser capazes de resgatar suas vivências e seu percurso existencial, sendo esse resgate sobre o que Schütz denomina de situação biográfica. A situação biográfica permite aos sujeitos interpretar o mundo a partir do acervo de experiências e de conhecimentos prévios, tornando-os capazes de refletir e de compreender as suas ações e a sua relação com o mundo⁵⁴.

A mulher idosa e o enfermeiro no momento do cuidado vivenciam uma relação social que se dá no mesmo espaço e tempo cronológico. Essa relação ocorre na interação da relação face a face⁵⁰. Dessa forma, a relação social face a face é permeada de interesses comuns para o desenvolvimento das ações de cuidado. É o que Schütz denomina reciprocidade de intenção⁵⁰⁻⁵¹.

Nesse sentido, durante a vivência de cuidado de saúde, o enfermeiro e a mulher idosa adquirem experiências que constituem a tipificação – aquilo que é típico. O mundo cotidiano apresenta-se nas tipificações, ou seja, nas

representações construídas pelos próprios atores sociais de acordo com suas relevâncias. Essas tipificações incluem o universo e o estável, o específico e o mutável⁵⁵. Assim, o ator social tipifica o mundo para compreendê-lo e comunicar-se com seus semelhantes⁵⁰.

4 CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA

4 CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA

4.1 A REGIÃO DE INQUÉRITO

Este estudo foi desenvolvido no contexto da relação de cuidado de saúde entre o enfermeiro e a mulher idosa, denominado na Fenomenologia como região de inquérito. Não se trata necessariamente de um espaço físico delimitado, mas, sim, de um contexto conceitual onde as pessoas agem e interagem entre si⁵⁶.

Então, na presente pesquisa, para captar os sujeitos para a coleta dos depoimentos, foi solicitado parecer favorável da direção de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel (SESAU) (Apêndice 1 e Anexo 1) e foram selecionadas como referência nove Unidades de Saúde (USs), sendo sete Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e duas que trabalham com a Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Cascavel, localizadas na região Oeste do Estado do Paraná, pertencente a Décima Regional de Saúde (10ª RS).

Importante é ressaltar que Cascavel tem 34 UBSs na área urbana e rural e que são coordenadas por gestores e profissionais da SESAU. A equipe de saúde tanto da UBSs como das ESFs são compostas por um coordenador e pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social, auxiliar administrativo e agentes comunitários de saúde (ACSs).

O coordenador, que, na maioria das vezes, é um enfermeiro, é responsável pela coordenação da equipe e pelo gerenciamento do trabalho. Entretanto, esse cargo também é ocupado, em menor proporção, pelo assistente social ou pelo administrador hospitalar.

Nas UBSs e ESFs há também um enfermeiro assistencial responsável pela supervisão do trabalho dos técnicos, auxiliares de enfermagem e dos ACSs. Esses profissionais desenvolvem as ações de cuidado à saúde, tais como consulta de enfermagem, visitas domiciliares e atividades educativas.

No que se refere ao atendimento à mulher, o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem ginecológica, que inclui o exame clínico das mamas e a orientação sobre o autoexame das mamas (AEM), bem como a coleta de material para a prevenção ao câncer cervicouterino, coleta de material conhecida como Papanicolaou.

Já o cuidado ao idoso acontece por meio da consulta de Enfermagem individual ou nos grupos para educação em saúde, principalmente para os hipertensos e os diabéticos, em que a maioria dos participantes possui idade de 60 anos ou mais.

A escolha pelo município de Cascavel e pelas UBSs e ESFs para a identificação dos sujeitos e obtenção dos depoimentos se justifica pelo fato de ser esse o local em que o pesquisador desenvolve atividades de ensino e extensão como docente na área da saúde da mulher.

4.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Fizeram parte deste estudo dez enfermeiros que planejam e cuidam de mulheres idosas e oito mulheres idosas cuidadas pelos enfermeiros.

A maioria dos enfermeiros é do sexo feminino, com idade entre 23 e 47 anos, trabalham em UBS, dos quais apenas dois com a ESF e fizeram a graduação em instituição pública. O tempo de formação e atuação em UBS ou ESF variou de dois a onze anos. Sete deles atuavam apenas em UBS ou em ESF, dois atuam também na área hospitalar e um atua como docente no curso técnico de enfermagem. Dois cursaram especialização em saúde pública, dois em saúde do trabalhador, um em urgência e emergência, um em auditoria, um em acupuntura e três ainda não possuem especialização. Nenhum enfermeiro deste estudo possui especialização na área da saúde do idoso.

As mulheres idosas possuem idades entre 62 e 75 anos, quatro divorciadas, duas viúvas, uma casada e uma solteira. A maioria delas com ensino fundamental completo e uma renda média mensal de dois salários

mínimos. Duas moram com um filho casado, uma com filho solteiro, outra com o esposo e uma sozinha. Todas participavam de atividades religiosas e frequentavam grupos de socialização para idosos. Todas beneficiárias de alguns dos serviços das suas respectivas UBS ou ESF, principalmente a realização de consulta médica e de enfermagem, bem como os exames laboratoriais e os preventivos de câncer de mama e cervicouterino. Sete mulheres utilizam medicamentos para hipertensão – delas, três também utilizam medicamentos para diabetes, osteoporose e ansiedade ou depressão e três referiram utilizar medicamentos homeopáticos e chás caseiros.

Os critérios adotados para a inclusão na pesquisa para os enfermeiros foram atuar em UBS ou em ESF no cuidado de Enfermagem às mulheres idosas e para as mulheres foram ter idade superior a 60 anos, ter sido atendida pelo enfermeiro em sua respectiva UBS ou ESF em tempo igual ou menor que um mês. Foram excluídos os sujeitos que não se adequaram aos critérios anteriores mencionados.

Quanto à demarcação cronológica, cabe ressaltar que a Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Lei Federal nº 10741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, consideram idoso toda pessoa com 60 anos ou mais^{34,57}.

Ressalta-se que a opção do pesquisador por trabalhar com enfermeiros e mulheres idosas se deu devido à experiência profissional como enfermeiro cuja atuação profissional está articulada ao cuidado da mulher e do idoso. Além do mais, as mulheres idosas constituem um grupo social que comparece com maior frequência às UBSs ou ESFs para a realização de consulta médica e de enfermagem, exames laboratoriais e preventivos (câncer de mama e cervicouterino), grupos de hipertensos e diabéticos e em trabalhos educativos.

4.3 A OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS

A aproximação inicial com os enfermeiros se deu por meio da participação em um grupo de estudos para educação permanente que acontece mensalmente no Centro de Aperfeiçoamento dos Servidores Públicos do Município de Cascavel/PR (CEAVEL). Trata-se de um ambiente já conhecido, uma vez que participei do grupo em questão, como docente convidado, colaborando para o aperfeiçoamento desses enfermeiros no que tange a temas pertinentes à saúde da mulher, como a prevenção do câncer cervicouterino e de mamas, o climatério e a menopausa, dentre outros.

Nesse contato, a pesquisa foi apresentada, bem como a importância da sua realização. Nesse momento todos os enfermeiros foram convidados para participarem dessa proposta.

A fim de criar opção de aproximação com as mulheres para convidá-las a participarem da pesquisa foi solicitado aos enfermeiros permissão para acompanhar algumas das atividades desenvolvidas nas UBSs e ESFs, tais como grupos de educação em saúde para controle da hipertensão arterial e da diabetes, grupos de idosos, visitas domiciliares, dentre outras.

A técnica utilizada para a obtenção dos depoimentos foi a entrevista gravada. Optou-se por formular aos entrevistados questões abertas, isso por esse tipo de questões possibilitar ao pesquisador obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, fazendo os respondentes revelarem suas atitudes, seus valores e suas opiniões. São informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos”. Só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos. Nesse tipo de entrevista, o entrevistador introduz o tema e o entrevistado tem liberdade para discorrer com o mínimo de interferência⁴⁹.

Importante é acrescentar que nenhum participante recusou ser entrevistado. Optou-se por entrevistar os sujeitos em ambiente privativo para

que pudessem discorrer livremente e sem intercorrências sobre suas vivências. Para tanto, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

Para as mulheres idosas:

- Fale-me sobre as suas necessidades de cuidado à saúde neste momento de sua vida.
- Fale-me como é para a senhora ser cuidada pelo(a) enfermeiro(a).
- O que a senhora espera em relação ao cuidado à saúde?

Para os enfermeiros:

- Como você percebe as necessidades de cuidado à saúde da mulher idosa?
- Como você cuida dessa mulher?
- O que você espera de suas ações de cuidado à saúde a esse tipo de clientela?

As entrevistas foram realizadas no período de setembro de 2010 a janeiro 2011 e o número de sujeitos não foi determinado *a priori*, sendo as entrevistas encerradas quando os depoimentos mostraram convergência dos “motivos por que” e dos “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido com vistas à compreensão do cuidado à saúde sob a perspectiva dos enfermeiros e das mulheres idosas.

Enfermeiros e mulheres idosas foram abordados individualmente, por meio da relação face a face, em local e dia definidos por eles. Todos os enfermeiros solicitaram que as entrevistas fossem realizadas nas dependências das suas respectivas UBSs ou ESFs. Quanto às idosas, seis

mulheres optaram por serem entrevistadas nos seus domicílios e duas nas UBSs em que eram atendidas.

4.4 O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A organização e a categorização do material obtido foram realizadas seguindo-se os passos adotados pelos pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz⁵⁸⁻⁵⁹.

1º passo: Leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra, procurando, primeiramente, identificar e apreender o sentido global da ação social.

2º passo: Releitura de cada depoimento com o objetivo de identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos por que” e aos “motivos para”.

3º passo: Agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para a composição de categorias concretas^{**}.

4º passo: Análise das categorias concretas para a compreensão da ação social.

5º passo: Constituição do tipo vivido^{***} a partir do conjunto de “motivos por que” e “motivos para” expressos na análise das categorias concretas.

^{**} Conceitos de segundo nível elaborados pelo pesquisador a partir da convergência dos “motivos para” e dos “motivos por que” expressos na ação dos sujeitos.

6º passo: Discussão do tipo vivido à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e outros referenciais relacionados à saúde do idoso.

Após a transcrição de cada depoimento foi realizada leitura atenta e criteriosa de cada depoimento para identificar e apreender o sentido global e, posteriormente, os aspectos comuns da ação de enfermeiros e mulheres idosas acerca do cuidar em saúde para a compreensão do seu significado.

Desse modo, os significados que emergiram dos depoimentos dos enfermeiros e das mulheres idosas foram obtidos a partir da interação face a face que permitiu captar os “motivos por que” e os “motivos para” da ação social acerca do cuidado à saúde e construir as categorias concretas, ou seja, constructos de segundo nível (constructos objetivos elaborados pela ciência) que tiveram origem no mundo social – a partir dos constructos de primeiro nível (constructos subjetivos) que são as vivências identificadas nos depoimentos⁵⁰.

Importante é destacar que as categorias concretas expressam os fenômenos sociais tal como se apresentam no senso comum, envolvendo a reflexão de pessoas na atitude natural e a visão do pesquisador^{50,58-59}. Além disso, não são mutuamente excludentes, quer dizer, determinados aspectos das vivências podem estar presentes em mais de uma categoria já que são inter-relacionados.

Após identificar as categorias concretas, procedeu-se à análise do material realizada a partir daquilo que se mostrou significativo para o pesquisador.

Em seguida, foram construídos os tipos vividos “Mulheres idosas e suas necessidades e expectativas de cuidado” e “Enfermeiros no cuidado de mulheres idosas” e realizada a compreensão da ação estudada a partir do pressuposto de que o que importa para a Fenomenologia Social não é o

*** O termo tipo vivido é empregado por Creusa Capalbo, filósofa brasileira, estudiosa da obra de Alfred Schütz.

comportamento de cada indivíduo, mas o que pode se constituir em uma característica típica daquele grupo social que está vivendo uma dada situação.

Finalmente, a discussão do tipo vivido sob a ótica da Fenomenologia Social permitiu a compreensão do significado da ação humana a partir da interpretação indissociável dos resultados com o referencial teórico-metodológico e as evidências científicas.

4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS

Conforme preconiza a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde⁶⁰ sobre diretrizes e normas regulamentadoras com pesquisa com seres humanos, antes de serem entrevistados os enfermeiros e as mulheres idosas, foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sobre a garantia do anonimato e sobre o direito de participarem ou não, tendo todos manifestado sua aquiescência por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices 2 e 3).

O anonimato das mulheres idosas foi preservado, as quais são referenciadas com a palavra “MULHER”, seguida da numeração arábica referente à ordem das entrevistas, de 1 a 8. Da mesma forma preservou-se o anonimato dos enfermeiros, que foram referenciados com a palavra “ENFERMEIRO”, seguida da numeração de 1 a 10.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – CEP-UNIOESTE sob Parecer nº 357/2010 (Anexo 2).

O Esquema Representativo da Trajetória Metodológica pode ser visualizado na Figura 2.

Figura 2: Esquema Representativo da Trajetória Metodológica. São Paulo, 2012.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

As características típicas do cuidado à mulher idosa na perspectiva desta e na visão do enfermeiro permitiram a organização e a análise dos significados em categorias que congregam a compreensão da experiência vivida no tempo passado e presente – “motivos por que” e a intencionalidade da ação – “motivos para”.

5.1.1 O contexto de significado relacionado às necessidades de cuidado de saúde das mulheres idosas – “motivos por que”.

A categoria necessidades físicas e psicossociais congrega os significados que traduzem as necessidades de cuidado da mulher idosa. Essa categoria se refere aos “motivos por que” que traduzem o conhecimento e as experiências vivenciadas desde o nascimento acerca do cuidar:

Categoria: Necessidades físicas e psicossociais

A mulher idosa expressa, por meio de seus depoimentos, uma preocupação com as questões físicas relacionadas à prevenção e ao controle de doenças crônicas. Menciona realizar atividade física, ter cuidados com a dieta, fazer uso de medicamentos e exames preventivos:

Eu cuido muito da alimentação, faço caminhadas e exercícios e procuro sempre fazer o exame preventivo e a mamografia. (Mulher 3)

Utilizo medicamentos para controlar a hipertensão e cálcio para o tratamento e prevenção de osteoporose. (Mulher 5)

[...] procuro caminhar, comer pouco sal, menos gordura, tomar muito líquido. Eu também gosto de me examinar e faço sempre o preventivo de câncer do útero. (Mulher 6)

Todas as segundas e quintas-feiras do mês é a nossa reunião [...], eu vou lá, meço a minha pressão, a gente se pesa, eu pego os medicamentos para a pressão arterial. (Mulher 7)

[...] é preciso mudar muitas coisas, até a alimentação da gente, às vezes a gente come alguma coisa de forma exagerada, sem controle, e eu penso que se a gente comesse melhor e fizesse exercícios, a saúde seria melhor. (Mulher 8)

Ela reconhece que tais questões de ordem física estão atreladas às necessidades de cuidados psicossociais, relevantes em seu cotidiano. Assim, ao refletir sobre a condição atual de saúde, menciona necessidades psicossociais que interferem direta e indiretamente no cuidado com a saúde. Revela a valorização das atividades relacionadas à socialização, considerada como relevante para a manutenção da saúde:

[...] penso que os grupos para passeios, viagens, são muito importantes para a nossa saúde. [...] gostaria que tivesse alguma viagem, que levasse os idosos para conhecer lugares, para se distrair. (Mulher 2)

Eu gosto muito de frequentar lugares que têm bastante gente, meu marido não gosta, eu me divirto e nem lembro que tenho doenças. (Mulher 5)

[...] hoje eu prefiro fazer caminhada porque no clube a gente tem de pagar para entrar e a caminhada não custa, é de graça. Eu gosto de visitar meus parentes, tomar meu chimarrão, dar risada e isso é bom pra mim. (Mulher 6)

Eu vou às festas da igreja, vou às macarronadas [...] eu sempre vou. É bem gostoso lá. Também passeio na vizinhança e quando eu faço isso eu fico mais alegre, porque a gente ficar preso aqui é muito triste. E sozinha no quarto sem alguém para conversar, a gente fica trazendo coisa errada do passado e isso não é bom. (Mulher 8)

Quando limitada por questões de ordem física, relata que a ausência dessa socialização prejudica o cuidado com a saúde, conforme se observa nos seguintes depoimentos:

Antes, quando eu podia andar era melhor, eu frequentava o clube do idoso e também gostava muito das palestras que eles faziam para nós no salão comunitário, era muito bom. (Mulher 1)

Eu gostava de bailes e hoje, com os problemas nas pernas, fica difícil. Eu gosto de frequentar lugares com bastante gente, eu me divirto e nem lembro que tenho doenças. (Mulher 5)

Em contrapartida, aquela mulher que possui condições físicas favoráveis para participar das atividades sociais, tais como bailes, passeios e festas, refere que essa condição faz com que se sinta melhor, na medida em que essas atividades contribuem para a melhora da sua qualidade de vida:

Quando eu faço exercícios e danço eu me sinto bem. Gosto de dançar o “Vaneirão” por causa do ritmo da música. Mas hoje eu prefiro fazer caminhada porque no clube a gente tem de pagar para entrar e a caminhada é de graça. (Mulher 6)

O passeio me faz muito bem [...]. Porque a gente fica por aqui só trabalhando e a gente já está de idade e eu estou muito esquecida e desconfio que seja de tanto trabalhar [...]. Tenho bastante gente amiga aqui, principalmente as crianças. (Mulher 7)

5.1.2 A intencionalidade da ação de mulheres idosas relacionada ao cuidado à saúde – “motivos para”.

A categoria “atenção e acolhimento” diz respeito aos “motivos para” e revela o desejo da mulher idosa em receber atenção do profissional de saúde e de ser acolhida não somente por ele, mas também pelo serviço.

Categoria: Atenção e Acolhimento

Ao mencionar sobre o atendimento prestado pelo enfermeiro, a mulher idosa destaca ser esse um profissional diferenciado no tocante à

assistência à saúde, uma vez que, em seu cotidiano de atuação, apresenta uma postura atenciosa e acolhedora:

Eu pedi para que a enfermeira viesse me visitar, e ela vem quase todo dia, conversa comigo, me orienta e faz meu curativo. Estou muito feliz e segura, porque está sarando bem. (Mulher 1)

Nós, idosos, gostamos de bastante atenção [...]. Se a gente ficar em observação, elas (as enfermeiras) precisam ficar de olho no que está acontecendo. (Mulher 2)

Eu percebo mais atenção no cuidado, um cuidado humano mesmo, feito com amor. (Mulher 3)

A enfermeira fez uma massagem aqui na minha perna ao redor dessa ferida e pediu para eu massagear sempre e melhorou. Vocês tratam a gente melhor, porque tem médico que trata a gente com “casca e tudo”. (Mulher 7)

O enfermeiro chega e fala com a gente, dá atenção, é carinhoso e fala para gente: qualquer coisa me liga que eu venho. (Mulher 8)

Nesse processo de busca por acolhimento, a mulher idosa espera ser cuidada por enfermeiros tecnicamente competentes, capazes de tomar decisões e que sejam comprometidos com o cuidado:

[...] eu queria que a enfermeira fizesse meus curativos. Em casa, a gente não sabe fazer direito, eles não usam só a mão para fazer [...]. A enfermeira cobra dos outros que trabalham [...] é o trabalho dela também, eu penso. (Mulher 1)

O enfermeiro é capaz, é responsável [...]. Eu fiz o exame preventivo de câncer do útero e os exames das mamas, inclusive a mamografia e para mim foi completo. Eu já fiz o exame com médico e ele teve muita dificuldade de encontrar o colo do útero e o enfermeiro não. Percebi rapidez no atendimento e nos resultados. (Mulher 3)

Espero, com o avanço da tecnologia, que os enfermeiros tenham competência e que sejam capazes de tomar decisão com autonomia num momento crítico, porque o que freia muito o pessoal de enfermagem é o medo de tomar decisão. O enfermeiro para mim, antes de tudo, tem que ser competente tecnicamente. (Mulher 4)

Além da competência técnico-científica, essa mulher espera que os enfermeiros tenham atitudes solidárias e respeito por suas necessidades de saúde:

Eu espero dos enfermeiros que sejam carinhosos com a gente. Não é só a formação que faz o profissional, mas o que vem de dentro. Quando os enfermeiros se disponibilizam, por exemplo, trazendo um cobertor, o coração da gente agradece (silenciosa e cabisbaixa). (Mulher 2)

A minha expectativa é de continuar encontrando profissionais solidários [...] às vezes você chega, senta e pega na mão. Você olha e naquela troca de olhares, naquele pegar na mão, você está dizendo: eu estou aqui, sei que a sua dor é grande e não posso tirá-la e daqui a pouco esse momento crítico passa. (Mulher 4)

Eu espero que sempre atendam a gente com calma, [...] a gente fica mais tranquila. [...] tinha uma enfermeira em outro lugar que era meio bruta, ela dizia vai a outro posto porque aqui não tem comprimidos, ela ficava irritada e a gente ficava até sem rumo. É preciso ter respeito à nossa saúde. É preciso respeitar o outro. (Mulher 6)

Eu vejo que vocês atendem bem melhor do que certos médicos. Eu espero que possamos ter mais atenção, aquela atenção necessária. (Mulher 7)

Os médicos atendem, mas chega a hora eles vão embora, e os enfermeiros é que ficam lá. E se a gente precisa de alguma coisa a gente corre lá e eles é que orientam a gente. Eles conhecem a gente e este conhecimento é muito importante. (Mulher 8)

Ao referir às suas expectativas de cuidados, a mulher idosa evidencia o serviço de saúde como elemento importante para a efetivação desses cuidados. Ela espera que os serviços de saúde atendam a contento suas necessidades:

Eu ia muito aos postos de saúde e tudo era muito demorado, não era como está acontecendo agora. (Mulher 3)

Espero que possa melhorar ainda mais o nosso atendimento. Eu vejo na televisão que na saúde não se respeita as pessoas. (Mulher 5)

5.1.3 O contexto de significado relacionado à ação de cuidar do enfermeiro – “motivos por que”.

A análise dos depoimentos dos enfermeiros sobre o cuidado de saúde à mulher idosa possibilitou a identificação das categorias concretas referentes aos “motivos por que” – contexto de significado atribuído ao cuidado oriundo de suas experiências vividas e do conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo da vida como pessoa e como profissional da área de saúde, a saber: “especificidades no cuidado”; “participação da família” e “limites do cuidado”.

Categoria: Especificidades no cuidado

Ao realizar o cuidado, o enfermeiro leva em consideração o contexto de vida, o conhecimento e a experiência da mulher idosa. Refere utilizar essas informações no planejamento e na implementação de atividades assistenciais a essa clientela:

[...] o idoso tem muitas limitações, mas também tem muita sabedoria e a gente tem muito que aprender com ele. (Enfermeiro 5)

Para cuidar da mulher idosa, é preciso levar em consideração o que ela já adquiriu durante a vida, o conhecimento que ela tem. (Enfermeiro 7)

[...] elas têm muitas experiências boas e ruins e nós enfermeiros precisamos usar disso para planejar e realizar o cuidado, porque a experiência do idoso pode permitir o nosso embasamento para o cuidado. (Enfermeiro 8)

[...] às vezes a gente precisa agendar uma visita na casa dela, porque às vezes você não consegue resolver determinada situação só com a vinda dela, é preciso pensar na continuidade do atendimento. É preciso saber onde ela mora, com quem mora, com quem ela vive, como está sua saúde, como sua doença está sendo conduzida. (Enfermeiro 8)

O enfermeiro percebe que fatores como a escolarização e as condições financeiras podem interferir na saúde e na qualidade de vida da mulher idosa:

[...] saúde, depende do social, [...] de vários setores, principalmente a educação, por exemplo: como eu vou ensinar se eles não sabem ler e têm dificuldade para aprender? [...].
(Enfermeiro 3)

[...] saúde envolve vários aspectos e não só o adoecer. Mas sim lazer, saúde mental, física, estrutura familiar e financeira, eu acho que abrange aspectos grandes como a alimentação principalmente. **(Enfermeiro 9)**

Às vezes a situação social que você enfrenta dificulta a implementação de mudanças, como a dieta [...]. Ou uma pessoa, no caso, acamada e que precisa trocar o colchão, às vezes eles não têm nem o básico da alimentação em casa, no caso do idoso que só um recebe um salário mínimo. A maioria dos problemas encontrados no posto de saúde é social. Aquela pessoa que consegue resolver sua parte social já tem um bom padrão de saúde. Se ela desenvolver sua parte biológica, social e espiritual, é quase o segredo da felicidade. **(Enfermeiro 10)**

Ele evidencia as dificuldades na comunicação com a idosa ao apreender o contexto de vida dessa mulher – saúde frágil, com prejuízos na mobilidade, na comunicação verbal e na audição:

A dificuldade em cuidar do idoso é que ele tem dificuldade própria da idade e, na maioria das vezes, vem sozinho, a gente acha que ele entendeu, a família o abandona, não acompanha. Eu dou uma orientação e daqui a pouco ela volta perdida, ela é sozinha em casa e é muito difícil. **(Enfermeiro 3)**

É bem difícil a comunicação com eles [...]. Não ouvem direito, não conseguem interpretar o que a gente fala [...]. Eu vejo os idosos ainda bem discriminados, porque eles andam devagar, eles ouvem mal, então muitas pessoas não têm paciência. **(Enfermeiro 4)**

Outras têm problemas físicos de audição e visão agravando mais a situação. **(Enfermeiro 10)**

As particularidades presentes na fase do envelhecimento levam o enfermeiro a identificar necessidades de saúde específicas para esse público. Dentre essas necessidades, salienta a prevenção de agravos como

indispensável nesse momento da vida da mulher. Reconhece, no entanto, que ainda há muito que se fazer para que ações preventivas sejam implementadas e efetivadas:

[...] é importante trabalhar a prevenção na fase da terceira idade. (Enfermeiro 1)

[...] a gente deve prevenir, orientar e promover a saúde. Mas hoje se investe na cura mesmo e no cuidado paliativo. Não tem um investimento na prevenção, principalmente para o idoso. (Enfermeiro 2)

Nós procuramos aqui no Programa Saúde da Família pensar e planejar o cuidado com o olhar na prevenção das mulheres. [...] mas a gente ainda está bem distante da prevenção. (Enfermeiro 4)

É preciso identificar aquela necessidade que ela vem trazendo, então eu vejo o planejamento assim – porque ela veio até aqui, o que trouxe ela aqui, então é – olhar e enxergar, ouvir e escutar, o que é que ela está querendo me dizer de fato e em cima disso fazer o nosso plano de cuidado, nosso plano de ação, sempre enxergando e observando [...]. (Enfermeiro 8)

[...] eu acho que nós temos que prevenir para se ter uma velhice com saúde. Fazer um atendimento que possa dar restabelecimento e ao mesmo tempo prevenir outras complicações, outras doenças que venham acontecer. Então, eu acho que o principal objetivo da saúde é a prevenção. (Enfermeiro 9)

Fala-se muito em prevenção de quedas, sobre a casa ideal para o idoso, não ter tapetes. É maravilhoso estudar sobre a cama ideal, o banheiro ideal, mas no dia a dia encontramos outra realidade. (Enfermeiro 9)

[...] o cuidado na saúde do idoso começa na prevenção. (Enfermeiro 10)

Diante das demandas apresentadas, o enfermeiro faz orientações, solicitação de exames e acompanhamento da mulher idosa:

Eu vejo que a gente tem que ter um olhar diferenciado, porque, querendo ou não, depois dos 50 anos aparece uma série de complicações. [...] no caso dos medicamentos, a gente procura fazer símbolos, separar por cores, a gente faz de uma forma para entenderem. (Enfermeiro 4)

Aqui na UBS tem a coleta de exames, eu solicito o hemograma, dosagem hormonal, o exame da tireoide e de glicemia e procuro ver se ela não tem outra doença associada, se é hipertensa, se é diabética ou se tem outra disfunção. [...] eu tenho um

feedback da minha consulta, tiro as dúvidas e oriento. (Enfermeiro 6)

[...] a pessoa idosa não tem saúde. Acima de 60 anos, eu vejo principalmente no grupo do HIPERDIA, as pessoas já têm algumas doenças, como a pressão alta e o diabetes. Acompanhamos o cuidado mais de perto. (Enfermeiro 9)

Foi também ressaltado que o trabalho educativo grupal assume importância no cuidado à idosa, na medida em que se constitui em um espaço de comunicação corporal e de socialização da mulher:

É preciso qualificação, sensibilização, discutir o problema, criar estratégias assim para a questão de grupos. Trabalham-se as patologias, mas é preciso um grupo de idoso para discutir saúde e doença e promoção de saúde. (Enfermeiro 3)

[...] temos um grupo de mulheres idosas que estão fazendo atividade física duas vezes por semana com uma professora. [...] estamos orientando bastante esse lado aí da atividade física. (Enfermeiro 4)

Eu trabalho com a educação individual e de grupo, na educação individual eu percebo que as idosas concordam com tudo o que você fala e acaba não questionando. No grupo elas trazem experiências e acabam se envolvendo [...]. Às vezes uma coisa que deu certo para alguém pode ajudar o outro que tem o mesmo problema. (Enfermeiro 7)

[...] os grupos que a unidade de saúde tem para oferecer deixa os idosos com a autoestima melhor. Nessas atividades de grupo eu vejo que eles se sentem melhor, como dançar, por exemplo, você vê a felicidade deles estampada no rosto. Eu vejo porque o corpo fala. (Enfermeiro 8)

A categoria participação da família revela a importância do suporte familiar no cuidado à mulher idosa. O enfermeiro resalta a mudança vivenciada pela mulher no processo de envelhecimento – de cuidadora dos membros da família, a mulher passa a depender de cuidados.

Categoria: Participação da família

A família foi considerada parceira na efetivação do cuidado direcionado à mulher idosa. Essa coparticipação é vista como positiva tanto

para o trabalho da equipe de saúde quanto para conferir à mulher o suporte físico e afetivo necessários nesse período da vida:

[...] a mulher idosa precisa realmente de ajuda da família [...] quando pega uma família desestruturada, numa sociedade que não ajuda [...] nessa parte elas ficam prejudicadas. (Enfermeiro 7)

[...] a família tem de participar junto à equipe da unidade de saúde [...]. Sem o envolvimento da família, eu vou cuidar; orientar, acompanhar aqui e não vou ter essa continuidade em casa. (Enfermeiro 9)

Uma questão salientada pelo enfermeiro é a participação da idosa no contexto familiar quando assume o papel de cuidadora, especialmente de filhos e netos. É colocado por ele um contraponto importante ao se pensar o cuidado a idosa, pois ao assumir este papel, esta rompe um ciclo de solidão muito comum quando se encontra distante de seus familiares:

Hoje a gente vê os idosos assumindo muitas atividades do dia a dia. Além de ser o cuidador da família são também eles que cuidam dos netos. (Enfermeiro 8)

Uma mulher idosa muitas vezes começa a viver a partir dos 60 e se fica cuidando dos filhos e dos netos, cadê a vida dessa mulher? Ela precisa escolher, mas na maioria das vezes ela não tem escolha, é uma situação imposta. Por outro lado, para uma mulher idosa viúva e sozinha, quanto mais sozinha mais depressiva ela vai ficar. Se ela tiver os netos ou a família mais próxima não vai se sentir sozinha. (Enfermeiro 9)

Em contrapartida, o abandono da mulher idosa por parte dos familiares foi expresso pelo enfermeiro como um agravante para o planejamento e continuidade do cuidado:

A família a abandona e não vem junto à consulta, eu dou uma orientação [...] daí a pouco ela volta perdida, ela é sozinha em casa e é muito difícil. (Enfermeiro 1)

Eu vejo muito abandono, a família promete e se compromete, mas não cumpre, dão desculpas que estão trabalhando. [...] elas (as idosas) cuidam da família, mas são abandonadas. (Enfermeiro 2)

[...] na maioria das vezes ela vem sozinha [...] a gente acha que ela entendeu. [...] a família a abandona [...]. (Enfermeiro 3)

A categoria limites no cuidado surge da reflexão do enfermeiro sobre sua atuação nos serviços de atenção primária à saúde, extrapolando as especificidades do cuidado às pessoas idosas.

Categoria: Limites no cuidado

Essas limitações dizem respeito às dificuldades relacionadas à realização de procedimentos comuns aos médicos, como a solicitação de exames. Isso gera uma insatisfação por parte do enfermeiro, que não vislumbra a continuidade da assistência prestada à mulher idosa:

[...] o cuidado de saúde oferecido às mulheres idosas é satisfatório, mas com limitações. Faz parte de um protocolo solicitar a mamografia para as mulheres com 40 anos ou mais e o enfermeiro aqui não tem essa autonomia. (Enfermeiro 5)

Espero mais autonomia para o cuidado. Ainda nesta UBS o enfermeiro não pode solicitar mamografias e alguns outros exames. Solicitamos apenas os exames básicos. Não digo o fato de querer pedir e avaliar, tomar o trabalho do médico, mas, com a carência de médicos na UBS, se eu faço o exame preventivo e não consigo ter continuidade daquele atendimento, fica complicado para a mulher. (Enfermeiro 6)

A falta de definição de atividades que podem ser exercidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde foi evidenciada nos depoimentos como um fator que limita o cuidado à mulher idosa:

Realmente é muito difícil, é preciso ter alguma coisa que direcione - como um protocolo -, e que você possa dar uma resposta firme para que a mulher possa seguir tal coisa, porque às vezes você fala uma coisa, o outro fala outra e ela nem sabe quem escutar. (Enfermeiro 7)

Sinto falta de um protocolo que direcione nosso trabalho, alguma coisa assim [...]. (Enfermeiro 6)

[...] aqui existe muita restrição na atividade do enfermeiro. Há uma portaria municipal de 2005 que fala sobre as atividades do enfermeiro, mas eu penso que precisa de uma segunda portaria, com mais detalhamento, esclarecendo o que exatamente o enfermeiro pode ou não pode fazer. (Enfermeiro 10)

5.1.4 A intencionalidade da ação do enfermeiro no cuidado à mulher idosa – “motivos para”.

As expectativas acerca do cuidado à saúde da mulher idosa permitiram a construção de duas categorias referentes aos “motivos para” – expectativas dos enfermeiros em relação ao cuidado à mulher idosa, a saber: “cuidado qualificado” e “formação profissional”.

Categoria: Cuidado qualificado

O enfermeiro espera que o cuidado prestado à mulher idosa seja qualificado, no que diz respeito ao modo como o mesmo é conduzido e à integração das pessoas e serviços nele envolvidos:

Como eu trabalho em equipe com a Estratégia de Saúde da Família, eu espero também que consigamos fazer alguma mudança na vida delas (idosas). A gente já faz uma pequena diferença. (Enfermeiro 1)

Temos muitas ideias, cumprimos todos os programas, mas eu acho que precisaria de mais pessoas da equipe envolvidas. (Enfermeiro 2)

É preciso melhorar os programas, intersetorialidade e trabalho conjunto. É preciso qualificação, sensibilização, discutir o problema, criar estratégias. (Enfermeiro 3)

[...] eu procuro envolver toda a equipe para conseguir fazer o diagnóstico de enfermagem e atender as necessidades da mulher idosa. (Enfermeiro 5)

Com vistas à obtenção de um cuidado qualificado faz-se necessário trazer à tona a formação dos profissionais nele envolvido. A categoria

formação profissional retrata a percepção do enfermeiro quanto à relação direta entre o cuidado qualificado, a preparação para o trabalho e a educação permanente para atuar em saúde.

Categoria: Formação profissional

Ao refletir sobre o modo como cuida da mulher idosa, o enfermeiro percebe que sua formação se mostra insuficiente para esse cuidado. Então o enfermeiro tem em vista o investimento na formação profissional como caminho possível para a qualificação do cuidado:

[...] ainda tenho muitas falhas, que veio da formação [...]. Espero que tenha mais treinamento, cursos de capacitação sobre a saúde do idoso. [...] seria interessante uma pós-graduação na nossa região. O que a gente faz é com a nossa experiência de trabalho. (Enfermeiro 1)

Nós temos um grupo de estudos para enfermeiros no município, e vou sugerir que esse tema (saúde do idoso) seja trabalhado lá também, isso ajudaria muito na nossa atuação. Seria interessante um trabalho por parte dos setores responsáveis. (Enfermeiro 2)

Essa entrevista desperta a gente para o cuidado e para o aperfeiçoamento na saúde do idoso. Depois da nossa conversa eu penso em realizar, junto com as Agentes Comunitárias de Saúde, uma busca para ver por que as mulheres idosas não vêm para as consultas comigo ou se estão indo em outro lugar. (Enfermeiro 4)

[...] na faculdade o ensino foi voltado para o ambiente hospitalar, até tivemos algo na área de posto de saúde, mas quando a gente cuida do idoso, se percebe que a bagagem de conhecimentos é pouca. (Enfermeiro 7)

[...] eu tenho uma bagagem de conhecimentos maior porque já trabalhei com idosos acamados em outro serviço, mas se eu não tivesse trabalhado nesse setor, eu teria muita dificuldade. (Enfermeiro 9)

Penso que o enfermeiro tem que ter o mínimo de conhecimento para fazer valer o trabalho dele. É preciso valorizar mais a parte de atenção à pessoa idosa e ter alguma formação posterior, um treinamento, até dentro da própria universidade, que possa visar um pouco mais este cuidado. (Enfermeiro 10)

O Esquema Representativo das Categorias Concretas do Vivido pode ser visualizado na Figura 3.

Figura 3: Esquema Representativo das Categorias Concretas do Vivido. São Paulo, 2012.

5.2 A CONSTITUIÇÃO DO TIPO VIVIDO

O tipo vivido pode ser conceituado como sendo uma estrutura invariável, única, de um grupo da sociedade composta de mentes viventes⁵⁰. Trata-se de um esquema interpretativo do mundo social que apresenta aspectos típicos que incluem os “motivos por que” e os “motivos para” que constituem a vivência de sujeitos no mundo social. Este esquema é utilizado na intersubjetividade da relação interpessoal para a compreensão dos fenômenos humanos.

Neste estudo, o conjunto de categorias concretas que emergiu dos depoimentos de idosas permitiu evidenciar aspectos comuns da ação dessas mulheres no que diz respeito às suas necessidades e expectativas de cuidado, constituindo o tipo vivido como sendo aquela mulher que tem como necessidades físicas e psicossociais cuidar da alimentação, fazer exercícios físicos, tratar de doença(s) crônica(s) e participar de atividades de socialização com vistas à melhora de sua qualidade de vida; que percebe o enfermeiro como profissional diferenciado na Enfermagem e tem como expectativa o cuidado acolhedor.

Por outro lado, o conjunto de categorias concretas que emergiram dos depoimentos dos enfermeiros permite evidenciar aspectos comuns na ação de cuidar de mulheres idosas que constituem o tipo vivido como sendo aquele que identifica as especificidades do cuidado e considera a família como parceira, porém menciona limites na operacionalização desse cuidado, o que gera alguma insatisfação profissional. Esse tipo tem como expectativa o cuidado qualificado e o investimento na sua formação no que diz respeito à instrumentalização do cuidar.

O Esquema Representativo dos Tipos Vividos constituídos neste estudo pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 4: Esquema Representativo dos Tipos Vivos: "Mulheres idosas e suas necessidades e expectativas de cuidado" e "Enfermeiros no cuidado de mulheres idosas". São Paulo, 2012.

6 DISCUSSÃO

A ação de cuidar da mulher idosa tem como cerne as particularidades que caracterizam o processo natural do envelhecimento, o controle e a prevenção das complicações relacionadas às doenças já instaladas, bem como as relações sociais estabelecidas pela mulher idosa no mundo da vida. Ela evidencia suas necessidades físicas e psicossociais, que são ou que devem ser consideradas pelo enfermeiro ao planejar o cuidado.

O cuidado, neste estudo, é compreendido como uma relação social intencional entre o enfermeiro e a mulher idosa. Essa relação ultrapassa a dimensão técnico-científica e envolve os “motivos por que” e os “motivos para” da ação social que acontece a partir da vivência desses sujeitos.

O envelhecimento é um processo progressivo e que inclui modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que levam a perdas da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionadas por vulnerabilidade e maior incidência de doenças. A consciência da ocorrência de certas afecções com o avançar da idade oferece subsídio para o planejamento de estratégias de cuidado e intervenções, contribuindo para a promoção da saúde e a prevenção da incapacidade funcional, conferindo qualidade de vida no envelhecimento⁶¹.

A análise do contexto de experiências vivenciadas pelas mulheres idosas no tocante ao cuidado à sua saúde (motivos por que) permite ressaltar como típico da ação dessas mulheres a preocupação com questões de ordem física e psicossocial, incluindo a prevenção e o controle de doenças crônicas que podem acometê-las nessa fase da vida.

O processo de envelhecimento é marcado por alterações próprias desse período do ciclo vital. Nesse contexto demarca-se a fragilidade, considerada uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações que levam à institucionalização, ao declínio funcional, à hospitalização e à morte. A fragilidade é caracterizada pela fraqueza, pela exaustão, pela diminuição da atividade física, pela perda de peso

involuntária, pela diminuição da velocidade da marcha e do equilíbrio, fatores que, somados, representam importante problema de saúde pública²⁹.

Como possível caminho para que essa fragilidade seja minimizada, as mulheres idosas buscam realizar atividade física, cuidar da alimentação, aderir ao tratamento medicamentoso quando necessário e realizar exames preventivos. Tais atividades pressupõem um estilo de vida que levam essas mulheres a uma melhor condição de saúde.

O desenvolvimento da fragilidade se dá ao longo da vida e é decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, sendo passível de prevenção e de tratamento dos sintomas. A prevalência da fragilidade em idosos é de aproximadamente 6,9% e tende a elevar-se com o aumento da idade. Nessa perspectiva, o idoso deve ter prioridade frente às políticas públicas de saúde, considerando suas demandas específicas de cuidado^{29,62-63}.

Existe uma ocorrência expressiva de doenças crônicas na população idosa. Isso foi evidenciado neste estudo, em que grande parte das idosas referiu hipertensão e osteoporose nesse período da vida. A hipertensão arterial é o maior problema de saúde em todas as regiões do mundo. No Brasil, estima-se que essa doença acometa 50% a 70% dos idosos. É o principal fator de risco para complicações cardiovasculares e renais, sobretudo insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica⁶⁴⁻⁶⁷.

Já no caso da osteoporose, trata-se de uma doença mais prevalente no sexo feminino principalmente em mulheres de etnia branca e asiática e que apresenta fatores de risco como história familiar, sedentarismo, menopausa precoce e função ovariana reduzida antes da menopausa. Também são considerados fatores de risco as inadequações dietéticas como o alto consumo de cafeína, a baixa ingestão de cálcio e o estilo de vida inadequado, como o sedentarismo, o abuso de álcool e o tabagismo⁶⁸⁻⁷⁰.

A ocorrência de doenças que acometem esse público foi também constatada em estudo realizado com 265 mulheres idosas na região Nordeste do Brasil, estudo que demonstrou que a presença de doenças

autorreferidas se deu em 92,8% (246) dessas pessoas. As mais prevalentes foram as relacionadas ao aparelho circulatório 70,9% (188), ao sistema osteomuscular 64,2% (170) e metabólicas 22,3% (59). Quanto à saúde mental, 28,3% (75) foram classificadas com sintomatologia de depressão⁷¹.

No presente estudo as mulheres idosas se mostraram capazes de reconhecer a importância do autocuidado quanto à saúde, ressaltando a adesão ao tratamento de doenças crônicas e às ações preventivas. Nessa perspectiva, estudos realizados na França e no Canadá evidenciaram a importância das ações educativas para a melhor adesão ao tratamento da osteoporose após a menopausa⁷²⁻⁷³.

No tocante à hipertensão, resultado diferente foi encontrado em um estudo realizado com 805 mulheres norte-americanas, com idade entre 50 e 70 anos, com risco de complicações por hipertensão arterial. Evidenciou-se que elas se mostraram incapazes de identificar a sua condição de saúde como um fator de risco para o acidente vascular cerebral e não tinham comportamentos de prevenção primária. Nesse sentido, estratégias educativas foram salientadas como importantes para minimizar tais fatores⁷⁴.

Quando devidamente informados, orientados e motivados acerca da sua saúde e de seus direitos de cidadão, os idosos são capazes de tomar suas próprias decisões e de se autocuidarem⁷⁵.

O autocuidado mostrou-se como aquele típico da ação de mulheres idosas neste estudo. Trata-se de um cuidado consigo próprio que transcende o controle e a prevenção de agravos, envolvendo, sobretudo, ações de promoção da saúde, como explicitado nos depoimentos, ou seja, ao mencionarem a realização de atividades físicas, de lazer e de socialização. Tais práticas permitem o envelhecimento com autonomia e independência, visto que, com boa saúde física, essas mulheres podem desempenhar suas atividades diárias de forma ativa, minimizando sofrimentos que podem acometê-la nessa fase da vida⁷⁶.

As mulheres idosas expressam necessidades biopsicossociais de saúde. Aquelas que não apresentam restrições físicas e participam de

atividades que envolvem a interação social com outras idosas e com crianças, essas referem um maior bem-estar.

Conforme estudo realizado no contexto da atenção básica, as necessidades de saúde de idosos são caracterizadas como receber atenção, carinho, conforto, solidariedade e acolhimento. O diálogo estabelecido, tanto com o enfermeiro quanto com outros profissionais de saúde, foi ressaltado como importante meio para a resolução dos problemas enfrentados pelo idoso⁷⁷.

As necessidades de saúde evidenciadas no presente estudo são permeadas pela intersubjetividade, concebida como pré-condição da vida social. O mundo é intersubjetivo porque o ser humano vive com quem se vincula nas diferentes relações sociais, relações nas quais compreende e é compreendido. Trata-se de um mundo cultural que se constitui em um universo de significações que são interpretadas e o orienta para realizar ações⁵⁰.

A intersubjetividade se dá na relação social do tipo face a face em um mesmo espaço e tempo cronológico. Essa relação acontece permeada de interesses comuns e recíprocos. Para Schütz, trata-se de um encontro direto e autêntico entre sujeitos, sendo considerada a mais importante forma de relação social, pois constitui a “relação nós” que permite o fluxo de consciência entre os sujeitos⁵⁰.

Em se tratando dos enfermeiros, a análise do contexto de experiências por eles vivenciadas (motivos por que) permite ressaltar que o típico da ação de cuidado à mulher idosa considera as especificidades envolvidas no cuidado e o contexto de vida no qual está inserida.

Nesse sentido, o enfermeiro e a mulher idosa coexistem e convivem não só de maneira corporal, mas como seres humanos dotados de uma consciência que se volta para a situação de cuidado. Assim, cuidar do idoso depende da interação e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade vivida por ele. Ao planejar e realizar o cuidado, o enfermeiro considera os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, tendo como referência os valores, as crenças, a cultura e as experiências vividas^{12,78}.

No que diz respeito ao mundo social, onde coabitam o enfermeiro e a mulher idosa, salienta-se que, além do conhecimento de ordem pessoal, o enfermeiro possui formação técnico-científica adquirida na sua vivência profissional, seja por meio do cuidado à mulher idosa, seja de informações obtidas em livros, artigos e outros que versam sobre experiências de cuidado. Por outro lado, a mulher idosa acumula, ao longo de sua vida, informações sobre saúde e doença que advêm primeiramente de seus predecessores – especialmente pais, mestres e amigos – e também de experiências que vivencia. Isso possibilita à mulher idosa expressar suas necessidades de cuidado e ao enfermeiro planejar e realizar o cuidado a ela necessário.

Schütz denomina a isso de bagagem de conhecimentos, bagagem a qual está relacionada à posição do sujeito no mundo social, isto é, à sua situação biográfica. É a partir dessa posição que a pessoa interpreta o que encontra neste mundo, de acordo com suas próprias perspectivas⁵⁰.

A bagagem de conhecimentos e a situação biográfica da mulher idosa são consideradas pelo enfermeiro ao refletir o cuidado a esse público. O baixo nível de instrução das pessoas idosas é referido pelo profissional como um fator que dificulta a comunicação e a prática de ações educativas junto a essa população, constituindo-se em um desafio a ser enfrentado. A pequena escolarização e as baixas condições financeiras foram também consideradas pelo enfermeiro como fatores que interferem negativamente na saúde e na qualidade de vida da mulher idosa.

Desse modo, o enfermeiro considera que o cuidado transcende um conjunto de conhecimentos em relação às normas, técnicas, rotinas e procedimentos, pois perpassa a bagagem de conhecimentos e a situação biográfica em que se encontra o sujeito para o qual o cuidado é direcionado.

Um estudo realizado nos Estados Unidos sobre o impacto da falta de escolaridade e da situação econômica entre os idosos mostrou que os programas para melhorar a educação dessa população, em especial a educação em saúde, têm o potencial de reduzir as disparidades de saúde dos idosos. As intervenções para melhorar o acesso ao sistema de saúde

entre pessoas com baixa escolaridade são menos onerosas se comparadas com os altos investimentos no sistema de saúde e, portanto, devem ser consideradas como parte de uma estratégia global para reduzir essas disparidades⁷⁹.

Independentemente do grau de escolaridade, é preciso acolher as ideias das pessoas, conhecendo suas histórias de vida, bem como o envolvimento delas nos diversos contextos vivenciados, compreender a cultura, as tradições e a visão de mundo, para que haja diferença e mudanças significativas no cuidado. A mediação realizada com base no conhecimento da realidade e a busca de estratégias para modificá-la tem se mostrado efetiva nos setores de cuidado de saúde do idoso⁸⁰.

O enfermeiro destaca, ainda, como fator limitador para o cuidado à idosa, a fragilidade que a envolve. Essa fragilidade se expressa pela deficiência na mobilidade, na audição e na visão, dificultando a comunicação efetiva na relação de cuidado. O cuidado que considera tais especificidades é capaz de prevenir o desenvolvimento ou o agravamento da fragilidade, diminuindo os índices de institucionalização e hospitalização, bem como as taxas de morbimortalidade nessa população^{29,62-63}.

Ter um olhar diferenciado para com as idosas é uma característica típica da ação do enfermeiro, principalmente no que diz respeito às orientações e ao acompanhamento dessas mulheres. O trabalho educativo grupal foi referido como espaço de comunicação corporal e de socialização da mulher idosa, sendo considerado um ambiente que propicia a troca de informações sobre saúde que pode vir a impactar na qualidade de vida da idosa.

Sobre a participação dos idosos em atividades grupais, um estudo constatou que tal convivência trouxe grandes melhorias e mudanças em suas vidas no que diz respeito aos aspectos de saúde, de autoestima e de valorização da vida. Muitos idosos relataram que as atividades realizadas nos grupos contribuíram para o desenvolvimento das funções cotidianas, além de obter um reconhecimento e valorização, tanto pelos familiares como pela sociedade em geral⁸¹⁻⁸².

Os programas voltados para a inserção do idoso têm propósitos comuns, como os de rever estereótipos e preconceitos com relação à velhice, promover a autoestima, o resgate da cidadania, incentivar a autonomia, a independência, a autoexpressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem sucedida. Trata-se de uma alternativa de inserção do idoso em espaços sociais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e reafirmar a sua cidadania⁸³⁻⁸⁴.

Outro aspecto típico na ação de enfermeiros no cuidado à mulher idosa foi considerar a família como importante parceira no cuidado. As relações no convívio familiar, quando positivas, auxiliam o idoso a manter-se ativo, com autonomia, evidenciando-o não somente como receptor de ajuda e cuidado, mas lhe permite sentir-se útil, especialmente quando pode auxiliar outros membros da família.

O vínculo emocional entre o idoso e sua família é importante para a construção de uma relação de intimidade e estreitamento dos laços afetivos, estabelecendo uma relação de confiança entre os sujeitos. As pessoas idosas que se encontram bem integradas em suas famílias e/ou outros grupos sociais têm maior capacidade de recuperar-se de doenças e de aumentar a sobrevida, uma vez que o isolamento social é importante fator de risco para a morbimortalidade em idosos⁸⁵.

Salienta-se aqui a importância da relação face a face estabelecida no contexto familiar, facilitando o cuidado de saúde. Trata-se da mais autêntica relação social, já que possibilita a abertura aos atos intencionais do outro e a compreensão das situações que se apresentam no cotidiano⁵⁰.

Em países orientais a inserção da família no cuidado ao idoso se dá de modo diferenciado. Nessas sociedades os filhos se encarregam de prepararem os seus pais para o autocuidado na senilidade⁴⁴. Na Holanda, as famílias estão cada vez menos formando filhos para o cuidado dos pais idosos, levando-os a valorizar e a buscar sua independência a partir do autocuidado. Salienta-se, contudo, que nem sempre é possível autocuidar-se, considerando-se que as doenças crônicas que acometem os idosos podem levar à dependência psicofísica e, na maioria das vezes, financeira⁸⁶.

Foi evidenciado nos depoimentos dos enfermeiros que a mulher idosa, muitas vezes, mostra-se como cuidadora de seus membros familiares. Estudos apontaram que, na maioria dos países, ao longo da história, o cuidado dos familiares, em especial do idoso, é exercido por mulheres⁸⁷⁻⁸⁸. Também no Brasil, as pessoas que cuidam dos idosos são principalmente as esposas, as filhas e as netas, o que pode ser explicado pela tradição de que as mulheres, no passado, não desempenhavam funções fora de casa, tendo maior disponibilidade para esse cuidado⁸⁹.

Estudos apontaram que as mulheres cuidadoras são casadas, residem com o idoso e possuem baixo grau de escolaridade e condição econômica menos favorecida. Para essas mulheres, o cuidar está associado ao acúmulo de outras funções, tais como as atividades domésticas de mãe, esposa e avó. Isso provoca uma sobrecarga física, social, emocional, espiritual, o que pode contribuir, inclusive, para o descuido da própria saúde⁹⁰⁻⁹².

Por outro lado, no presente estudo, o enfermeiro destaca o estresse da família com a sobrecarga de trabalho exigida no cuidado à pessoa idosa dependente. A velhice, na maioria das vezes, está relacionada à improdutividade e isso faz com que a pessoa idosa seja subestimada. Salieta-se, no entanto, que o salário do idoso, muitas vezes, constitui-se parcela relevante da renda familiar⁹³. A situação das famílias empobrecidas, com baixa escolaridade e alto grau de desemprego pode ser um fator dificultador do cuidado ao idoso, pois ele depende muitas vezes do cuidado e também financeiramente da família⁵⁰.

Há que se considerar, também, que assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido uma tarefa exaustiva e estressante para os familiares, tanto pelo envolvimento afetivo, como pela transformação de uma relação de reciprocidade em relação de dependência, em que a pessoa que cuida ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso passa a ter restrições em relação à sua própria vida⁹⁴.

As falas dos enfermeiros ressaltam, nesta pesquisa, que, em algumas situações, a família abandona a pessoa idosa. O abandono da família

remete a uma situação que coloca a mulher idosa mais vulnerável. Ela se baseia no fato de sentir-se carente, sem o afeto e sem o cuidado de pessoas significativas. Sabe-se que, na contemporaneidade, o idoso convive com a ausência de suporte da família, com justificativas pautadas na ausência de condições ou de desejo de assumir o cuidado implicado no processo de envelhecimento⁹⁵.

O Estatuto do Idoso, em seu artigo 3º, regulamentou a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, assegurando aos idosos, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária⁵⁷.

Em se tratando das políticas públicas que amparam a pessoa idosa, dá-se destaque para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria nº 2.528/2006 GM/MS, que reforçou a prioridade da atenção integral à saúde da população idosa articulada à Estratégia Saúde da Família. Além desta, o Pacto pela Saúde, Portaria GM/MS 399/2006, priorizou a saúde do idoso nas três esferas do governo, em atendimento aos princípios do Sistema Único de Saúde^{34,96}.

Estudos mostraram que, apesar dos avanços conquistados, sabe-se que a efetivação dessas políticas depende do compromisso ético dos setores governamentais e profissionais da saúde e sociedade em geral como viabilizadores da concretização dessas políticas. Os modelos vigentes de atenção ao idoso têm se mostrado pouco adequados, e até mesmo inviáveis, em função do atendimento à demanda dessa população, que reclama por uma atenção especializada em qualidade e quantidade^{21,35}.

Os enfermeiros consideram que o cuidado à mulher idosa nas unidades de saúde está aquém de como deveria ser. Referem limites no exercício profissional que interferem na qualidade da assistência prestada à essas idosas. Esses limites se relacionam à realização de alguns procedimentos de saúde que exigem a aprovação dos setores responsáveis, no âmbito municipal e institucional, para que possam ser por ele realizados.

Percebe-se que, no que diz respeito às diretrizes para a atuação dos enfermeiros, não há um consenso entre estes e as instâncias de gestão da saúde no âmbito municipal, regional e estadual. Alguns seguem as diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem e do Conselho Regional de Enfermagem. Outros seguem as diretrizes do Ministério da Saúde referentes à saúde da mulher e do idoso, enquanto uma parcela se recusa a realizar atividades que não possuem suporte legal.

Para a realização de procedimento de saúde, que historicamente é de competência do médico, o enfermeiro necessita de um guia norteador das atividades, também denominado de protocolo assistencial. O protocolo tem a finalidade de sistematizar o cuidado, respaldando legal, técnica e cientificamente o profissional, com vistas à qualidade da assistência prestada⁹⁷.

Estudo realizado em Portugal também mostrou que há limitações na atuação do enfermeiro junto aos idosos em Centros de Saúde, limitações tais como a ausência de linhas orientadoras da prática de cuidados, tanto no processo de tomada de decisão em Enfermagem como na fase de implementação das intervenções⁹⁸. Na Grécia, a autonomia é considerada um atributo indispensável para o enfermeiro e um fator importante na satisfação no trabalho. A responsabilidade e a autonomia são necessárias para otimizar os resultados do cuidado⁹⁹.

No que diz respeito ao protocolo clínico, estudos brasileiros discutem a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um instrumento científico utilizado para subsidiar os enfermeiros na qualificação do cuidado de Enfermagem. A SAE visa assegurar a assistência voltada para as necessidades do usuário e proporcionar autonomia ao enfermeiro na instituição¹⁰⁰⁻¹⁰¹. Apresenta, ainda, uma proposta de atendimento e direciona a equipe de enfermagem para as ações de cuidado com vistas a garantir a integralidade, a qualidade e a organização da assistência¹⁰²⁻¹⁰³. Para que esta seja efetivada faz-se necessária a institucionalização da proposta do cuidado, podendo esta ser realizada por meio da elaboração dos protocolos assistenciais.

A análise compreensiva dos resultados concernentes aos “motivos por que” mostra o contexto de experiências relacionadas ao cuidado no momento presente e no passado. Além disso, evidencia a relação entre o que a mulher idosa apresenta como necessidades de saúde e como o enfermeiro responde a essas demandas.

As necessidades de ordem física e psicossociais vivenciadas pela mulher idosa se traduzem em particularidades que necessitam ser valorizadas pelo enfermeiro no cuidado a essa clientela, o que requer o reconhecimento desse profissional das necessidades relacionadas ao processo de envelhecimento feminino.

A família se insere neste contexto como a matriz de cuidado, respondendo positiva ou negativamente ao que fora planejado e implementado pelo enfermeiro.

A mulher idosa, frente às especificidades inscritas no período de vida em que se encontra, valoriza o cuidado realizado pelo enfermeiro. Este se ancora em uma postura acolhedora e respeitosa para conduzir a ação de cuidar dessa mulher. Por outro lado, o enfermeiro se vê, muitas vezes, limitado para o exercício desse cuidado, limitação que se relaciona substancialmente à ausência de direção a ser seguida na assistência a essa mulher, gerando uma atmosfera de insatisfação do profissional.

Uma vez que o serviço não disponibiliza instrumentos que direcionem o cuidado, este chega de modo desordenado à mulher, o que muitas vezes inviabiliza uma resposta positiva frente ao cuidado que fora para ela pensado e executado. A unicidade do cuidado, nesse sentido, se reveste de importância, uma vez que provoca uma resposta também direcionada da mulher para com o enfermeiro que a assiste. Nesse sentido, nem sempre existe uma congruência entre a necessidade de atenção à saúde da mulher idosa e a ação de cuidar do enfermeiro.

A partir das experiências de cuidar e ser cuidada, enfermeiros e mulheres idosas vislumbram ações continuamente reestruturadas a partir de situações diferentes que servirão de base para outras motivações que conduzirão às novas ações de cuidar – motivos para. Essa motivação

remete os sujeitos para a ação que é imaginada e tem origem na bagagem de conhecimentos e na situação biográfica de cada sujeito⁵⁰.

Nesse sentido, revelou-se como típico na ação de mulheres idosas vislumbrarem o acolhimento e esperarem do enfermeiro competência técnica e respeito. Do serviço, ela espera resolutividade frente aos seus problemas de saúde. Acolher remete a corresponsabilização, envolvendo uma escuta qualificada e uma resposta positiva frente à mulher idosa. Envolve também a garantia de acesso ao serviço de saúde (em todos os níveis do Sistema Único de Saúde), de modo que o profissional que acolhe tenha condições de referendar a idosa para outros níveis quando o problema por ela apresentado transcenda seu alcance de intervenções.

Pensar no cuidado ao idoso pressupõe a construção de um vínculo entre essa parcela da população e os profissionais de saúde com vistas ao seu acolhimento. Esse cuidado requer acesso aos serviços de saúde, oferta de opções tecnológicas para o enfrentamento de seus problemas, atendendo as prioridades e compreendendo as necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento²⁷.

O acolhimento vai além do cuidado imediato; constitui-se em uma assistência pautada em mudanças na relação profissional/usuário dos serviços de saúde e pressupõe parâmetros técnicos, éticos, humanísticos e de solidariedade. Para acolher é preciso reconhecer o usuário como sujeito, como participante ativo no processo de produção de saúde, como, também, é preciso investir na melhoria dos ambientes de cuidado e das condições profissionais de trabalho, para que o cuidado aconteça de forma resolutiva¹⁰⁴⁻¹⁰⁶. A resolubilidade dá-se principalmente pelas adequadas respostas às questões de saúde apresentadas pela mulher idosa, conversa e aconselhamento, além da solicitação de exames e instituição de terapêutica medicamentosa¹⁰⁷.

Por sua vez, o que se mostrou típico na ação do enfermeiro é realizar um cuidado qualificado para essa clientela a partir de um serviço resolutivo e integrado, com investimento na formação profissional.

Para cuidar, os enfermeiros buscam conhecimentos de saúde domiciliar e de questões sociais que contribuem para reduzir o número de hospitalizações e o consumo medicamentoso. Suas ações pautam-se no respeito ao ambiente do cuidado como espaço social e físico de interações e interdependências das pessoas idosas. Isso demonstra uma percepção cuidadosa acerca das expectativas das mulheres referentes aos cuidados de saúde requeridos^{98,108}.

A resposta às necessidades de saúde das mulheres idosas pressupõe a formação especializado¹⁰⁹. Buscar aperfeiçoamento é algo fundamental para os enfermeiros, se quiserem atingir com competência o seu papel profissional⁹⁹. O enfermeiro admite falhas na formação e dificuldades na capacitação em serviço para o atendimento à mulher idosa, salientando a ausência de grupos de estudos e de atividades de educação permanente.

A complexidade do campo da saúde exige do enfermeiro o desenvolvimento de competências que possibilitem sua atuação, especialmente na promoção da saúde¹¹⁰. No Brasil, as competências do enfermeiro para o exercício da Enfermagem foram definidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação¹¹¹.

No que diz respeito à formação, salientam-se as competências gerais do enfermeiro: a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração, o gerenciamento e a educação permanente. Todas essas competências são de fundamental importância para o cuidado, independentemente do período do ciclo vital¹¹¹.

Entre as competências específicas do enfermeiro evidenciam-se: a necessidade de formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional; atuação em diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínicos e epidemiológicos; a prestação de cuidado compatível com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade; e planejamento e desenvolvimento de programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos

sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento e atuação em programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso¹¹¹.

Mesmo sendo uma competência específica do enfermeiro, este estudo mostrou que este tem dificuldades para conduzir o cuidado à idosa, sendo tal situação um desdobramento da deficiência na formação profissional no tocante ao cuidado à pessoa idosa. O processo de envelhecimento merece ser colocado em pauta na formação dos profissionais de saúde. Trata-se de um tema complexo, dinâmico e mutável, tanto no que diz respeito às necessidades dos idosos quanto em relação aos requisitos profissionais necessários para dar respostas adequadas a essas necessidades¹¹²⁻¹¹³.

Em Teresina, no Piauí, estudo ressaltou a necessidade de investimentos na formação profissional para a atuação na saúde do idoso, inserindo mais enfermeiros especialmente na atenção primária para realizar esse cuidado⁴⁵.

Um estudo sobre a relação da equipe de Saúde da Família com os idosos revelou que, apesar dos avanços das políticas públicas de saúde, na atenção básica ainda estão presentes dificuldades nas relações entre profissionais e o idoso, repercutindo no atendimento a esse público¹¹⁴. Tal achado pressupõe a necessidade de investimento na qualificação dos profissionais que atendem a essa clientela.

Estudos salientaram que a formação acadêmica – no nível de graduação e de pós-graduação – deve estar voltada para atender às necessidades implicadas no processo de envelhecimento humano. Nesse sentido, os currículos dos cursos de formação na área da saúde devem ser ajustados para o atendimento a essa demanda. Ademais, a parceria entre gestores, enfermeiros e demais envolvidos na promoção da saúde dos idosos é vista como meio que possibilita a ampliação e a qualificação das ações de cuidado a essa população^{28,115-117}.

A análise compreensiva dos resultados concernentes aos “motivos para” remete às expectativas da mulher e do enfermeiro no tocante ao

cuidado no processo de envelhecimento feminino. Este é projetado pela mulher como aquele ancorado em um saber técnico na execução das atividades que competem ao enfermeiro, além de um saber que envolva uma postura acolhedora e atenciosa na implementação desse cuidado. Ademais, ressalta o serviço como importante elemento para a humanização da assistência a ela direcionada.

O enfermeiro, por sua vez, espera que o cuidado à mulher idosa seja resultado da integração dos profissionais envolvidos em consonância com a integração de serviços que possam contribuir para a qualificação desse cuidado. Considera que, para que haja um cuidado acolhedor, é também importante que se invista na formação profissional. Esta deve estar voltada para a instrumentalização no cuidado à pessoa idosa, com vistas à qualificação do olhar e da prática dos profissionais que assistem a esse público. Nesse contexto, a ação do enfermeiro se evidencia a partir do reconhecimento das necessidades implicadas no processo de envelhecimento da mulher, mesmo com limitações no exercício profissional.

Ambos, enfermeiro e mulher idosa, têm como expectativa o cuidado qualificado no âmbito da técnica, com postura acolhedora e integração dos serviços de saúde, sendo a formação profissional considerada pelo enfermeiro como um elemento relevante para a instrumentalização do cuidado à pessoa idosa.

O referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz propiciou a análise e a discussão do fenômeno “o cuidado de saúde à mulher idosa”, permitindo a compreensão dos aspectos típicos da ação dos sujeitos envolvidos na relação de saúde estabelecida – mulher idosa e enfermeiro que dela cuida.

A partir do alcance dos objetivos estabelecidos e das respostas às inquietações desta investigação, a seguir fazem-se considerações evocadas por este estudo. Estas se constituem em possibilidades que se abrem para refletir a ação de cuidar de mulheres idosas pelo enfermeiro.

7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

O aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo traz à tona a realidade de uma população cada vez mais expressiva de idosos. Essa tendência sugere que o campo da saúde se prepare para atender às especificidades inerentes a esse público.

O atendimento a essas especificidades prediz uma relação de cuidado que envolva reciprocidade de intenção por parte de quem cuida e de quem recebe o cuidado. Nesse sentido, com o objetivo de compreender o cuidado à saúde na perspectiva de enfermeiros e de mulheres idosas, este estudo se propôs a investigar uma faceta importante no que tange à experiência de cuidado pelos sujeitos nela envolvidos.

A abordagem de enfermeiros e mulheres idosas fez emergir, desses sujeitos que interagem no mundo da vida, o típico de suas ações em relação ao cuidado à saúde, evidenciando suas necessidades e expectativas.

Diante das necessidades físicas e psicossociais evidenciadas pela mulher idosa, destaca-se a importância da ação do enfermeiro no planejamento e na execução de um cuidado que considere as particularidades dessa clientela, em especial quando acometida por doenças crônicas. Ademais, ressalta-se a importância de inseri-la e/ou incentivá-la a participar de atividades de lazer que envolvam a socialização, o que implica positivamente em melhoria da sua qualidade de vida.

Cabe também ao enfermeiro construir uma relação acolhedora e respeitosa de cuidado junto a essas mulheres, na medida em que tais atributos são por elas esperados por parte do profissional e dos serviços de saúde que as assistem. Nesse contexto inserem-se as atividades de promoção da saúde, em especial as grupais, que dizem respeito às necessidades de cuidado da mulher idosa e a uma modalidade de cuidado realizada na prática pelo enfermeiro.

O acolhimento e o respeito a essa mulher precede a necessidade de o enfermeiro conhecer a situação biográfica da idosa, considerando para a

realização do cuidado o seu acervo de conhecimentos, no qual a sua história, crenças, valores e atitudes se constituem. Ao conhecer o contexto vivencial no qual a mulher idosa se situa o enfermeiro dispõe de informações que trazem contornos diferenciados para o cuidar. Esses contornos são delimitados, dentre outras questões, pela fragilidade característica do envelhecimento e pelo baixo nível socioeconômico e da escolaridade, que se constituem em fatores dificultadores no cuidado às idosas.

Evidenciou-se a importância da rede de apoio social, demarcada de modo especial pela presença da família como mediadora do cuidado. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro inserir a família no cuidado à mulher idosa – desde o seu planejamento até a sua execução – para que todos os sujeitos envolvidos (enfermeiro, idosa e família) vejam sentido no plano de cuidados, com fins de adesão aos elementos componentes desse plano.

Outra questão evocada pelo estudo, como possibilitadora de uma melhor atenção às idosas, é a utilização de linhas guias, ou seja, de protocolos que direcionem o cuidado para esse público. Há que se pensar, entretanto, que tais instrumentos se propõem a uma abordagem objetiva do cuidado. Dispondo dessa ferramenta, cabe ao enfermeiro manuseá-la de um modo que possibilite, também, a emergência dos aspectos subjetivos circunscritos às necessidades de cuidado da mulher idosa.

Importante é destacar que, para o atendimento de tais necessidades, faz-se necessário que haja profissionais dotados de uma formação que os subsidie no exercício do cuidado a essa clientela. Demarca-se, nesse sentido uma considerável lacuna, uma vez que a demanda crescente pela assistência à pessoa idosa não vem acompanhada por profissionais que possam atendê-la de modo qualificado no cotidiano dos serviços de saúde.

Tendo em vista que o cuidado à mulher idosa envolve uma gama de saberes e de práticas, concebe-se que compreendê-lo sob a ótica de uma categoria profissional limita os achados deste estudo, uma vez que traduz as vivências e as expectativas específicas do enfermeiro, que podem divergir de outros profissionais.

Outra questão a ser salientada refere-se à limitação relacionada à inclusão de mulheres idosas que participavam de grupos educativos. Tais mulheres são, pela própria adesão ao grupo, mais voltadas para o cuidado à saúde e adeptas de atividades que envolvam educação em saúde. Caso este estudo fosse realizado com um público que não possui tais características, poderia culminar em outros resultados. Tal fato, portanto, impossibilita que os achados do presente estudo sejam generalizados.

As contribuições deste estudo baseiam-se fundamentalmente na análise relacional dos sujeitos envolvidos no cuidado à idosa, proporcionada pelo referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Sob esse prisma se evidenciaram relações de reciprocidade entre o enfermeiro (cuidador) e a mulher (ser cuidado). Por outro lado, a ausência de reciprocidade nessa relação se deu nos limites impostos em especial pelas instituições/serviços, que, muitas vezes, inviabilizam ações de cuidado consonantes às necessidades desse público.

Espera-se que este estudo possibilite reflexões e ações no âmbito assistencial, no ensino e na pesquisa no que tange à saúde da pessoa idosa. Essas devem vir ancoradas nas perspectivas de ampliação do conhecimento nesses campos, com vistas a aproximações entre o cuidado esperado pela mulher idosa e o realizado pelo enfermeiro no cotidiano dos serviços de saúde.

Na medida em que o fenômeno se mostra de modo perspectival, este estudo se constitui em uma faceta do cuidado à saúde da mulher idosa. Almeja-se, portanto, que outras perspectivas sejam pesquisadas, de modo a somar e a aprofundar os aspectos levantados por esta investigação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1-Caldeira S. O enfermeiro, a linguagem e o cuidado do outro: estudo desenvolvido no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. [dissertação]. Cascavel: Curso de Enfermagem: Universidade Estadual do Oeste do Paraná Cascavel; 2005.
- 2-World Health Organization. Ageing and life course. What is "active ageing"? WHO/2011. [cited 2011 Nov 04]. Available from: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html.
- 3-Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Moraes EP, Rodrigues, RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(1):264-71. [citado 2011 Abr 15]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp.
- 4-Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sócio-demográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. Acta Paul Enferm 2011; 24(1):29-35. [citado 2011 Ago 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a04.pdf>.
- 5-Plouffe L, Kalache A. Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging. J Urban Health 2010; 87(5):733-39. [cited 2011 Jul 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2937125/>.
- 6-Papaléo Netto M, Yuaso DR, Kitadai FT. Longevidade: desafio no terceiro milênio. Rev O Mundo da Saúde 2005; 29(4):594-606.
- 7-Rocha IA, Braga LAV, Tavares L de M, Andrade FB de, Filha M de OF, Dias MD, Silva AM. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. Rev Bras Enferm 2009; 62(5):687-94. [citado 2011 Ago 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06.pdf>.
- 8-Prado DS, Sayd JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências. Ciênc Saúde Colet 2004; 9(3):763-72. [citado 2011 Mar 22]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a22v09n3.pdf>.
- 9-Vigeta SMG, Brêtas ACP. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. Cad Saúde Pública 2004; 20(6):1682-9.
- 10-Gradim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. Cogitare Enferm 2007; 12(2):204-13.

- 11-Ribeiro LCC, Jesus MVN de. Avaliando a incidência dos casos notificados de AIDS em idosos no estado de Minas Gerais no período de 1999 a 2004. *Cogitare Enferm* 2006; 11(2):113-6. [citado 2011 Ago 14]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/6852/4866>.
- 12-Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Rev Lat-Am Enferm* 2005; 13(6):1019-26.
- 13-Santana RF, Santos I dos. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(2):202-12. [2010 Abr 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a07v14n2.pdf>.
- 14-Hammerschmidt KSA, Zagonel IPS, Lenardt MH. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(3):362-7. [citado 2011 Mai 16]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a20v20n3.pdf.
- 15-Carvalho MCBNM de. O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: projeto “era uma vez... atividades intergeracionais”. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- 16-Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54. [citado 2010 Mar 04]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.
- 17-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. [citado 2011 abr 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- 18-Sörlin A, Lindholm L, Nawi N, Öhman A. Gender equality in couples and self-rated health - A survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *International Journal for Equity in Health* 2011, 10:37 [cited 2011 Out 15]. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/37/abstract>.
- 19-Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR). Dados da população por município do Estado do Paraná – 2010. [citado 2011 Nov 22]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/>.
- 20-Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/IPARDES). Dados da população Por Regional de Saúde e Municípios 2011. [citado 2011 Nov 22]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/>.
- 21-Moura MAV, Domingos AM, Rassy ME de C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. *Esc Anna Nery* 2010; 14(4):848-55. [citado 2011 Nov 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a27.pdf>.
- 22-Marin MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde

- da Família (PSF). *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 jun; 12 (2): 278-84. [citado 2011 Jul 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a12.pdf>.
- 23-Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 3:1196-208. [cited 2011 Jun 05]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810516/pdf>.
- 24-Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3): 565-74.
- 25-Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:35-46.
- 26-Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO da, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(8):1924-30.
- 27-Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm* 2010; 44(2):437-44.
- 28-Pavarini SCI, Mendiondo MSZ, Barhan EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. *Texto contexto - Enferm* 2005; 14(3):398-402.
- 29-Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32(2):385-93. [citado 2011 Nov 14]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article>.
- 30-Bonardi G, Azevedo e Souza VB, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica* 2007; 17(3):138-44.
- 31-Paskulin LMG, Valer DB, Vianna AC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16(6): 2935-44. [citado 2012 Jan 09]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/31.pdf>.
- 32-Berkelmans GP, Annette J Berendsen AJ, Verhaak PF, Klaas VM. Characteristics of general practice care: What do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatr* 2010; 10:80. [cited 2012 jan 09]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>.
- 33-Tannenbaum C, Mayo N, Ducharme F. Older women's health priorities and perceptions of care delivery: results of the WOW health survey. *CMAJ*

2005; 173(2):153-9. [cited 2012 Jan 08]. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources>

34-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006a.

35-Veiga KGC, Menezes TMO. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(4):761-8. [citado 2011 Ago 02]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp.

36-Figueiredo MLF, Tyrrel MAR. O gênero (in)visível da terceira idade no saber da enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2004; 58(3):330-4. [citado 2009 Abr 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a15v58n3.pdf>.

37-Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(4):422-7. [citado 2010 Abr 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a12.pdf>.

38-Xie J, Matthews FE, Jagger C, Bond J, Brayne C. The oldest old in England and Wales: a descriptive analysis based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study. *Age Ageing* 2008; 37(4):396-402. [cited 2011 Jul 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2441704/tool=pubmed>.

39-Fernandes MGM. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(5):705-10. [citado 2010 Mar 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/09.pdf>.

40-Mezey M, Boltz M, Esterson J, Mitty E. Evolving models of geriatric nursing care. *Geriatric Nurs* 2005; 26(1):11-5. [cited 2011 Jul 15]. Available from: <http://lib.bioinfo.pl/pmid:15716809>.

41-Schoenfeelder DP, Maas ML, Specht JK. Innovation in long-term care HomeSafe: Supportive assistance for elderly individuals through a nurse-managed plan. *J Gerontological Nurs* 2005; 31(4):5-11. [cited 2011 Out 19]. Available from: http://works.bepress.com/janet_specht/55/.

42-Houde SC, Melillo KD. Caring for an Aging Population: Review of Policy Initiatives. *J Gerontological Nurs* 2009; 35(12):8-13. [cited 2011 Nov 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19928711>.

43-Fortin M, Hudon C, Gallagher F, Ntetu AL, Maltais D, Soubhi H. Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. *BMC Fam Pract* 2010; 11:84. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987912/?tool=pubmed>. Acessado em 30 de novembro de 2011.

44-Wan H, Kolanowsky A. Caring for Aging Chinese: Lessons Learned From the United States. *J Transcult Nurs* 2008; 19(2):114-20. [cited 2011 Nov 16]. Available from: <http://tcn.sagepub>.

- 45-Rocha FCV, Carvalho CMRG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O cuidado de enfermagem ao idoso na Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm UERJ* 2011; 19(2):186-91. [citado 2011 Nov 12]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf>.
- 46-Motta FRN, Oliveira ET, Marques MB, Bessa MEP, Leite BMB, Silva MJ da. Família e redes sociais e apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. *Esc Anna Nery* 2010; 14(4):833-8. [citado 2012 Jan 09]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a25.pdf>.
- 47-Tavares DMS, Ribeiro KB, Silvia CC, Montanholi LL. Ensino de gerontologia e geriatria: uma necessidade para acadêmicos da área de saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *Cienc Cuid Saude* 2008; 7(4):537-45. [citado 2011 Fev 14]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6671/3921>.
- 48- Merighi MAB, Praça N de S. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: Merighi MAB, Praça N de S. *Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003, p.1-3.
- 49-Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 50-Schütz A. El problema de la realidad social. Escritos I. 2ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2003a.
- 51-Schütz, A. Estudios sobre teoría social: escrito II. Buenos Aires: Amorrortu, 2003b.
- 52-Capalbo C. Fenomenologia e ciências humanas. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2008.
- 53-Domingos SR da F. O significado da ação de provocar o aborto na adolescência: uma abordagem da fenomenologia social sob a perspectiva de mulheres. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011.
- 54-Schütz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
- 55-Carvalho GM de. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.
- 56-Merighi MAB. Pesquisa fenomenológica em enfermagem. In: Praça N. de S, Merighi MAB. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

- 57-Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 2003.
- 58-Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. de. The experience of repeated fatherhood during adolescence. *Midwifery* 2010; 26(4):469-74. [cited 2011 Mai 13]. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266-6138%2808%2900100-9>.
- 59-Merighi MAB, Jesus MCP de, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. *phenomenology. Rev Lat-Am Enferm* 2011; 19(1). [citado 2011 jul 02]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_22.pdf.
- 60-Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de dezembro de 1996. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília; 1996.
- 61-Melo LNP, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de mulheres idosas atendidas no grupo de apoio à prevenção da incapacidade funcional. *RBPS, Fortaleza*, 22(4):251-8, out./dez., 2009.
- 62-Teixeira INDO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(4):1181-8.
- 63-Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs* 2003; 44(1):58-68. [cited 2011 Nov 16]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956670>.
- 64-Bortolotto LA, Malachias MVB. Atualização no diagnóstico e tratamento das principais causas de hipertensão secundária. *Rev Bras Hipertens* 2008; 18(2):46-66. [citado 2011 Out 27]. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/18_2.pdf.
- 65-Munaretti DB, Barbosa AR, Marucci MFN, Lebrao ML. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(1):25-30.
- 66-Lawes CMM, Hoorn SV, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008; 371:1513-8. [cited 2011 Nov 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18456100>.
- 67-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília; 2007.
- 68-Guerra MTPM, Prado GLM. Osteoporose em mulheres na pós-menopausa: perfil epidemiológico e fatores de risco. *Rev Bras Clin Med* 2010; 8(5):386-91.

69-Faisal-Cury A, Zacchello KP. Osteoporose: prevalência e fatores de risco em mulheres de clínica privada maiores de 49 anos de idade. *Acta Ortop Bras* 2007; 15(3):146-50.

70-Freitas, EV de, (org). Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2006.

71-Tribess S, Virtuoso-Junior JS, Petroski EL. Fatores Associados à Inatividade Física em Mulheres Idosas em Comunidades de Baixa Renda. *Ver Salud Pública* 2009; 11(1):39-49.

72-Sale JEM, Gignac MA, Hawker G, Frankel L, Beaton D, Bogoch E, et al. Decision to take osteoporosis medication in patients who have had a fracture and are 'high' risk for future fracture: A qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011; 12: 92. [cited 2011 Out 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21554729>.

73-Huas D, Debais F, Blotman F, Cortet B, Mercier F, Rousseaux C, et al. Compliance and treatment satisfaction of post menopausal women treated for osteoporosis. Compliance with osteoporosis treatment. *BMC Womens Health*. Department of General Practice, UFR Paris 7, Paris, France. 2010 Aug 20;10:26. [cited 2011 Nov 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20727140>.

74-Jennifer L, Dearborn BA, Louise D, McCullough MD. Perception of risk and knowledge of risk factors in women at high risk for stroke. The University of Connecticut Health Center, Department of Neurology. Farmington, CT, USA. November, 2009. [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/4/1181.full>.

75-Gonçalves LHT, Schier J. "Grupo Aqui e Agora" - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(2):271-9. [citado 2011 Ago 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a16v14n2.pdf>.

76-Martins JJ de, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP do, Albuquerque GL de, Erdmann AL, et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(3): 265-71.

77-Lima CA de, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(3):367-3. [citado 2010 Mar 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/06.pdf>.

78-Furuya RK, Birolim MM, Biazin DT, Rossi LA. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ*; 19(1):157-61, jan.-mar. 2011.

79-Howard DH, Sentell T, Gazamarian, J.A. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population.

Journal of General Internal Medicine 2006; 21(8), 857-61. [cited 2011 nov 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831584/>.

80-Pizzinato A. Psicología cultural: contribuciones teóricas y fundamentos epistemológicos de las aportaciones de Vygotsky hacia la discusión lingüística de Bakhtin. Univ Psychol. 2010; 9(1):255-61. [citado 2011 Nov 12]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64712156020.pdf>.

81-Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13(2):225-33.

82-Araújo LF, Carvalho VAML. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. Textos de envelhecimento 2009; 7(1): 57-75, 2009.

83-Almeida EA de, Madeira GD, Arantes PMM, Alencar MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13(3):435-44. [citado 2011 Nov 12]. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbagg/v13n3/v13n3a10.pdf>.

84-Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. Ciênc Saúde Colet 2008; 13(4):1119-26.

85-Torres G de V, Reis LA dos, Reis LA dos, Fernandes MH, Alves G dos S, Sampaio LS, et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. Avaliação Psicológica, 2009, 8(3):415-23. [citado 2011 Mai 12]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a13.pdf>.

86-Stuifbergen MC, Johannes JM, Delden V. Filial obligations to elderly parents: a duty to care? Med Health Care and Philos 2011; 14:63-71. [cited 2011 Mar 22]. Available from: <http://www.springerlink.com/content/31gm453171151377/fulltext.pdf>.

87-Glozman JM. Quality of life of caregivers. Neuropsychol Rev 2004; (14)4: 183-95. [cited 2012 Jan 03]. Available from: <http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=r568627373531k36&size=largest>

88-Karsh UM. Idoso dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):861-66. [citado 2012 Jan 03]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>.

89-Pimenta GMF, Costa MASMC da, Gonçalves LHT, Alvarez ÂM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(3):609-14. [citado 2011 Out 16]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a16v43n3.pdf>.

- 90-Ribeiro EE, Veras RP, Viegas K, Caldas CP, Maia-Ribeiro EA, Rocha MI de UM da, et al. Projeto Idoso da Floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-AM, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008; 11(3):307-26. [citado 2009 Abr 11]. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v11n3/capitulo1.pdf.
- 91-Uesugui HM, Fagundes DS, Pinho DLM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(5):689-94. [citado 2011 Dez 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/15v24n5.pdf>.
- 92-Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(4):570-7.
- 93-Robazzi MLCC, Marziale MHP, Rodrigues RAP, Silveira CA, Alves LA. Acidentes e agravos à saúde dos idosos nos ambientes de trabalho. *Rev Enferm UERJ* 2009; 17(3):309-14.
- 94-Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão de cuidadores de idoso dependentes. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(1):57-63. [citado 2011 Nov 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/09.pdf>.
- 95-Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4):397-403. [citado 2011 Nov 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/01.pdf>.
- 96-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e sobre as Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto Brasília (DF); 2006b.
- 97-Ferreira AM, Candido MCFS, Candido MA. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. *Rev enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4): 656-60.
- 98-Pereira EGA, Costa MAM. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(3):408-16. [citado 2011 Mar 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a05v16n3.pdf>.
- 99-Iliopoulou, KK, While, AE. Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *J Advanced Nurs* 2010; 66(11):2520–31. [cited 2011 Set 05]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x/abstract>. Acessado em 05 de setembro de 2011.
- 100-Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e

multiprofissional. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(4):643-8. [citado 2011 Nov 12]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp.

101-Vasconcelos FF, Araújo TL de, Moreira TMM, Lopes MVO. Association among nursing diagnoses, demographic variables, and clinical characteristics of patients with high blood pressure. Acta Paul Enferm 2007; 20(3): 326-32.

102-Mascarenhas NB, Pereira Á, Silva RS da, Silva MG da. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. Rev Bras Enferm 2011; 64(1):203-208.

103-Azeredo LG, Silva RM da, Lima AAA. Nurses and implementation of the nursing care systematization: descriptive study. Online braz. j. nurs.9(1), abr. 2010. [cited 2011 Nov 16]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2933>.

104-Waldow VR. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. Rev Bras Enferm. 2011; 62(1):140-45.

105-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção/Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

106-Waldow VR. Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. O Mundo da Saúde. 2009; 33(2):182-8.

107-Rivemalis MCC, Nascimento ER, Paiva MS. Cuidado de enfermagem na percepção de usuárias de um serviço público de saúde em Salvador (BA). Rev Baiana Enferm 2008; 22(23): 67-78, jan./dez. 2008, jan./dez. 2009. [citado 2011 Ago 14]. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3809/3632>.

108-Kathleen P. Reasons why women choose a medical practice or a women's health centre for routine health screening: worker and client perspectives. J Clinical Nurs 2010; 19(17-18): 2557-64. [cited 2011 Jul 22]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03245>.

109-Basu M, Wise B, Duckett. A qualitative study of women's preferences for treatment of pelvic floor disorders. BJOG: An International J Obstetrics & Gynaecology 2011; 118(3) 338-44. [cited 2011 Jul 01]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02786.x>.

110-Lourenção DCA de, Benito GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm 2010; 63(1):91-7. [citado 2010 Mai 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a15.pdf>.

111-Brasil. Ministério de Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n 3, de 7

de nov. 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União 2001 nov 9; 1: 37.

112-Mendes J, Maftum MA, Lacerda MR, Mantovani, MF de, Rodrigues RAP. Nursing care to elderly in the intensive care unit: qualitative exploratory research. Brazilian J Nurs 2009; 8(2). [cited 2010 Mai 12]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view>. Acessado em 12 de maio de 2010.

113-Vernet AF. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. Gerokomos 2011; 8(2) 24-30. [citado 2011 Mar 15]. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134>.

114-Araújo MAS da, Barbosa, MA. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. Esc. Anna Nery, 2010; 14(4):819-824.

115-Tolson D, Morley JE, Rolland Y, Vellas B. Advancing Nursing Home Practice: The International Association of Geriatrics and Gerontology Recommendations. Geriatric Nursing. Volume 32, Issue 3 , Pages 195-197 , May 2011. [cited 2011 Dez 01]. Available from: [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(11\)00136-4/references](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(11)00136-4/references).

116-Pedrazzi EC, Della Motta TT, Vendrúsculo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. Rev Lat-Am Enferm. 2010; 18(1):18-25. [cited 2011 Jul 05]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/04.pdf>.

117-Postma S, Fikkema ME. The Next Generation of Geriatric Nurse Specialists. JGerontological Nurs 2010; 36(1):49-52. [cited 2011 Nov 22]. Available from: <http://www.slackjournals.com/article.aspx?rid=59345>.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGE

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Cascavel-PR, 22 de julho de 2010.

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAU – CASCAVEL-PR

Vimos solicitar vossa autorização, para a realização de coleta de dados referente à pesquisa intitulada: **RELAÇÃO DE CUIDADO DE SAÚDE ENTRE A MULHER COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A SESSENTA ANOS E O ENFERMEIRO: o olhar da fenomenologia social**. Esta pesquisa refere-se à tese de doutorado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE-EEUSP).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com o referencial filosófico da Fenomenologia Social de Alfred Schutz. Esta pesquisa terá como sujeitos, mulheres com idade igual ou superior a sessenta anos que requerem cuidados de saúde e enfermeiros que cuidam dessas mulheres e que atuam na assistência de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no município de Cascavel-PR.

Os sujeitos serão entrevistados entre os meses de setembro e novembro de 2010. Os resultados deste estudo poderão subsidiar propostas de ações que venham ao encontro das necessidades de saúde da mulher com idade igual ou superior a sessenta anos e do enfermeiro no âmbito do cuidado à saúde da mulher. Anexamos o projeto para vosso conhecimento.

Atenciosamente,

Miriam Aparecida Barbosa Merighi
Orientadora responsável pela pesquisa

Sebastião Caldeira
Pesquisador – PPGE-EEUSP

Enfermeira Sônia Maria Dal Bosco Sena
MD. DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PARTICIPANTE: _____

Eu Sebastião Caldeira, enfermeiro, doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade de São Paulo convido você para participar da pesquisa intitulada: **RELAÇÃO DE CUIDADO DE SAÚDE ENTRE A MULHER COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A SESSENTA ANOS E O ENFERMEIRO: o olhar da fenomenologia social**. Este estudo tem como objetivo compreender, quais as suas necessidades de cuidado de saúde, como é para a senhora ser cuidada pelo enfermeiro e o que a senhora espera do cuidado realizado pelo enfermeiro. Para tanto, a senhora responderá a três questões que serão gravadas.

Em momento algum o seu nome será divulgado na pesquisa, nos artigos científicos e ou em eventos e a senhora poderá recusar-se a participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento que recebe na Unidade Básica de Saúde. A senhora não terá gastos e nem será pago qualquer valor para participar do estudo.

Os resultados deste estudo contribuirão para o atendimento e o cuidado realizado pelo enfermeiro para a mulher com sessenta anos e mais.

O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com a senhora e a outra ficará arquivada com o pesquisador.

Se precisar de novas informações, entre em contato comigo pelo telefone (45)99443405 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste – CEP-UNIOESTE pelo telefone (45)32203272.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura da entrevistada

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Sebastião Caldeira

Cascavel-PR, de

de 2010.

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO(A) PARTICIPANTE: _____ SEXO: M () F ()

Eu Sebastião Caldeira, enfermeiro, doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade de São Paulo convido você para participar do estudo intitulado: **RELAÇÃO DE CUIDADO DE SAÚDE ENTRE A MULHER COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A SESSENTA ANOS E O ENFERMEIRO: o olhar da fenomenologia social**. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o referencial filosófico da fenomenologia social de Alfred Schutz e tem como objetivo compreender, como você percebe as necessidades de cuidado de saúde da mulher com idade igual ou superior a sessenta anos, como é para você cuidar da mulher nesta fase da vida, como você planeja suas ações de cuidado e o que você espera realizando suas ações de cuidado de saúde para essa mulher. Para tanto, você responderá a quatro questões que serão gravadas.

Em momento algum o seu nome será divulgado na pesquisa, nos artigos científicos e ou em eventos, você poderá recusar-se a participar do estudo a qualquer momento e também não terá gastos e nem será pago qualquer valor para participar do estudo.

Os resultados deste estudo contribuirão para o atendimento e o cuidado realizado pelo enfermeiro para a mulher com idade igual ou superior a sessenta anos no âmbito da rede básica de saúde e também poderão contribuir para as necessidades de atuação do enfermeiro.

O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra ficará arquivada com o pesquisador.

Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (45)99443405 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste – CEP-UNIOESTE pelo telefone (45)32203272.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Sebastião Caldeira

Cascavel-PR, de de 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

Ofício DAS nº. 096/2009

Cascavel, 22 de julho de 2010.

A/C COMITÊ DE ÉTICA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
UNIOESTE

Ao Comitê de Ética,

Encaminhamos ao Comitê de Ética a autorização para o desenvolvimento do Projeto de pesquisa intitulado, "Relação de cuidado de saúde entre a mulher com idade igual ou superior a sessenta anos e o Enfermeiro: o olhar da fenomenologia social", da Universidade de São Paulo - USP. A coleta de dados será realizada pelo pesquisador responsável Sebastião Caldeira, tendo como orientadora responsável pela pesquisa Mirian Aparecida Barbosa Merighi para ser avaliado do ponto de vista ético.

Ressaltamos que a pesquisa poderá ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde após aprovação do Comitê de Ética, sendo assegurado que este estudo será realizado dentro dos maiores rigores científicos.

Aproveitamos para lembrar o compromisso do pesquisador orientador e/ou do acadêmico que deverão entregar uma cópia da conclusão da pesquisa gravada em CD para enriquecimento da nossa Biblioteca.

Atenciosamente,

Sonia Maria Dal Bosco Sena
Diretora de Atenção a Saúde
Secretaria de Saúde

unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

ANEXO 2

Aprovado na

CONEP em 04/08/2000

PARECER 357/2010-CEP

Súmula: Avaliação de proposta de projeto de Tese de Doutorado, tendo como pesquisador responsável Sebastião Caldeira.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, analisou na sessão ordinária do dia 02/09/2010, Ata 007/2010 - CEP, o processo CR nº 735/2010, referente ao projeto de Tese de Doutorado intitulado "Relação de cuidado de saúde entre a mulher com idade igual ou superior a sessenta anos e o enfermeiro: o olhar da fenomenologia social" tendo como pesquisador responsável Sebastião Caldeira, cujo objetivo geral é "Compreender a relação de cuidado de saúde estabelecida entre a mulher com idade igual ou superior a sessenta anos e o enfermeiro que a assiste". Período da vigência: setembro de 2010 a novembro de 2011.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e/ou a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Cascavel, 03 de setembro de 2010.

Dra. MARISTELA JORGE PADOIN

Coordenadora do CEP/Unioeste