

Universidade Estadual Paulista – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu
Curso de Graduação em Enfermagem
Lais Soares Vello

“Saúde mental do Idoso: percepções relacionadas com o envelhecimento em interface com o atendimento de saúde na atenção básica”

Botucatu

2011

Lais Soares Vello

“Saúde mental do Idoso: percepções relacionadas com o envelhecimento em interface com o atendimento de saúde na atenção básica”

Orientador: Regina Célia Popin
Co-Orientador: Maria Alice O. Pereira

Botucatu
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Vello, Lais Soares.

Saúde mental do idoso: percepções relacionadas com o envelhecimento em interface com o atendimento de saúde na atenção básica / Laís Soares Vello. – Botucatu : [s.n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Regina Célia Popim

Co-Orientador: Maria Alice Ornellas Pereira

Capes: 40404005

1. Idosos – Saúde mental. 2. Envelhecimento. 3. Programas de saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica; Idoso; Saúde Mental.

*Dedico este trabalho ao meu irmão Bruno,
que apaixonado pela vida me ensinou
a amar as diferenças*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus,

Agradeço aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram e a toda a família que torceu por mim,

Agradeço as minhas orientadoras, que me ensinaram não só a escrever, mas a arte da paciência,

Agradeço a XX Enfermagem, em especial a Livia que esteve comigo nestes quatro anos,

Agradeço a todo o Departamento de Enfermagem, que nesses anos foram nossa família,

Agradeço a toda equipe da Unidade Saúde da Família do Jd. Peabiru, em especial as Enfermeiras e a minha supervisora Valéria, que me receberam tão bem e me ensinaram muito,

Agradeço a Suraia e Thiago que me permitiram acompanhá-los nas consultas de Saúde Mental,

Agradeço a toda a equipe da Biblioteca que me ajudou nos retoques finais,

Agradeço as minhas companheiras de casa, que não dividiram comigo apenas as contas, mas as alegrias, angústias e suportaram todo o meu estresse,

Agradeço aos “meus idosos” que aceitaram a participar da pesquisa,

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a execução deste trabalho.

“Que a nossa mensagem seja a nossa própria vida”

(Gandhi)

Resumo:

Em todo o mundo, é percebido o crescimento da população idosa, o que tem solicitado a utilização de tecnologias de cuidado que contemplam todas as etapas da vida e para essa utilização, se faz necessário o preparo de profissionais para atender essa crescente demanda populacional. Este trabalho tem por objetivo compreender como o idoso se sente mediante sua condição e identificar como esse idoso percebe o atendimento na Unidade de Saúde da Família. A pesquisa caracteriza-se como de natureza qualitativa segundo Minayo e foi utilizada a análise temática de Bardin. Após as entrevistas, foi possível apreender os temas: Bem estar, insatisfação mediante a vida e o Gostar/Não Gostar do atendimento na Unidade. Com este trabalho pode-se observar que os idosos que se mostraram bem, aliaram isso a boa convivência com a família, com o cônjuge, a autonomia, ao respeito que encontram na sociedade. E quando comparamos com os que tem alguma queixa, vemos que falta da família e limitações da idade e doenças são as principais queixas.

Abstract

Worldwide, growth is seen in the elderly population, which has prompted the use of technologies of care that include all stages of life and for that use, it is necessary to prepare professionals to meet this growing demand population. This work aims to understand how old people feel by their condition and identify how old people perceive this treatment in the Family Health Unit. The research is characterized as qualitative and Minayo second analysis was used Bardin. After, thematic interviews, it was possible to appreciate the topics: Good, dissatisfaction through the life and likes / dislikes of the service unit. This work can be seen that the elderly who were well, allied to good living with this family, with spouses, autonomy, respect they encounter in society. And when compared with those who have a complaint, we find that lack of family and age restrictions and diseases are the main complaints.

Sumário

Introdução	8
Método	14
Apresentação e Discussão das Análises	16
Considerações Finais	25
Referências	27
Apêndice 1	29
Apêndice 2	30
Anexo 1	31

I.Introdução

Em todo o mundo,é percebido o crescimento da população idosa, o que tem solicitado a utilização de tecnologias de cuidado que contemplam todas as etapas da vida e para essa utilização, se faz necessário o preparo de profissionais para atender essa crescente demanda populacional.

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. O Estado, ainda às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida. ¹

O envelhecimento pode ser percebido com a naturalidade que lhe é intrínseca. E as pessoas envelhecidas poderão aprender a conviver positivamente com as limitações adquiridas, mantendo-se em atividade até alcançar idades mais avançadas. Esse envelhecimento pode ser compreendido como um processo, e a pessoa idosa como um indivíduo. ²

Estima-se que os avanços científicos e técnicos permitirão ao ser humano alcançar de 110, 120 anos – uma expectativa de vida que corresponderia aos limites biológicos – ainda no presente século. São mudanças fantásticas e muito próximas, que reclamam modelos inovadores e sintonizados com a contemporaneidade, que garantam vida com qualidade para este crescente contingente populacional. ³

O declínio da mortalidade que deu início à transição demográfica foi determinado mais pela ação médico-sanitária do Estado que por transformações estruturais que pudessem se traduzir em melhoria da qualidade de vida da população: nas primeiras décadas do século XX, através de

políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, e a partir da década de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública. Estas estatísticas reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde. Isto geralmente implica em custos elevados para o sistema de saúde. As questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida.¹

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente. A tendência ao envelhecimento populacional está acarretando mudanças profundas em todos os setores da sociedade.⁴

Esse acelerado crescimento da população idosa brasileira vem exigindo a construção de estratégias e políticas visando à promoção do envelhecimento saudável e a garantia dos direitos humanos, uma vez que o envelhecimento da população torna mais visíveis problemáticas antes consideradas “silenciosas”, como o fenômeno da violência contra a pessoa idosa. O envelhecimento da população amplia a magnitude da violência contra os idosos e torna premente a necessidade de adequação dos serviços públicos para a atenção à saúde desse grupo populacional, de modo a agregar dignidade e qualidade de vida aos anos a mais vividos.⁵

Na perspectiva da saúde coletiva a violência não é inata, constitui um fenômeno social complexo passível de prevenção, e sua abordagem requer um enfoque sistêmico-ecológico, abrangendo as esferas individual, familiar, da comunidade e da sociedade como um todo, com políticas públicas e estratégias de enfrentamento específicas para cada nível de abordagem.⁶

Considerando a efetivação das Políticas de Saúde necessárias, desde 1994, o Brasil vem desenvolvendo legislações direcionadas à população idosa, enfatizando as especificidades da atenção à saúde e inclusão social na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso; e a preocupação com o problema da violência na Política Nacional de Saúde do Idoso, na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e no Pacto pela Saúde. Estas políticas preconizam a atenção integral à saúde dos idosos em todos os níveis de assistência, a ressocialização e integração social, familiar e comunitária, a capacitação de recursos humanos nas áreas mais diretamente relacionadas aos idosos, e o apoio a estudos e pesquisas. Em relação à atenção à pessoa idosa vítima de violência, estabelecem sua ocorrência em todos os dispositivos da rede de saúde de forma integrada e sensível às vulnerabilidades mais comuns a esse público.⁵

A transição demográfica apresenta-se em conjunto com a transição epidemiológica resultando no principal fenômeno demográfico, o envelhecimento populacional que impõe organização do sistema de saúde, pois a população idosa exige cuidados que ainda são desafios aos profissionais de saúde devido aos problemas específicos desta faixa etária.⁷

O aumento na demanda aos sistemas de saúde pelos idosos aponta para a necessidade de reestruturação da atenção básica, cabendo ao estado a formulação de políticas e decisões para dar prosseguimento nas ações de saúde, suprindo as necessidades da população. Esses estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridade, permitindo, assim, direcionar melhor as ações de saúde, evitando gastos desnecessários.⁸

Ao alcançar a terceira idade, alguns indivíduos podem apresentar quadros psiquiátricos que chegam a ser comuns nessa faixa etária. Tais prejuízos mentais, de modo geral, incluem a demência, estados depressivos ou quadros psicóticos que são iniciados tardiamente. Contudo, há também casos em que o transtorno teve início na juventude e o indivíduo alcançou a terceira idade, como por exemplo, a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar, a distímia e transtornos ansiosos.

O idoso vítima de violência pode apresentar um quadro de doença mental, na maioria das vezes em estágio residual e, portanto, também integrante do grupo de maior vulnerabilidade à violência por ser dependente de seus cuidadores. Diversos autores têm ressaltado a associação da violência com o surgimento de quadros psiquiátricos, principalmente a depressão⁵

Torna-se evidente que o cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.⁹

A importância de visualizar a família, como uma unidade de cuidado, é expressada, freqüentemente, referindo que ‘o paciente não é sozinho, ele vem de algum lugar e se trabalha a valorização das pessoas cuidadoras de quem necessita o cuidado quer sejam as figuras parentais e/ou outros profissionais’.

A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social, é proporcionado através do trabalho “com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente”. Em se tratando de PSF e Reforma Psiquiátrica acredita-se que, a efetiva melhora na qualidade de vida converge para a realização do cuidado em saúde no próprio núcleo familiar.¹⁰

Para a saúde coletiva, o envelhecimento populacional se apresenta como um dos maiores desafios, mormente nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a desigualdade social ganham destaque. Contudo, é importante ressaltar que essa transição demográfica reflete ganhos para o Estado e para a sociedade, pois esse envelhecimento da população é produto da redução da fecundidade, da mortalidade infantil e da mortalidade nas idades mais avançadas. Segundo a política brasileira que trata da saúde do idoso, a perda da capacidade funcional é considerada como problema primordial para esses indivíduos, sendo esse problema entendido como a perda das

faculdades físicas e mentais imprescindíveis para a realização de atividades basilares e instrumentais de sua vida cotidiana.²

No Pacto em Defesa da Vida há seis prioridades, porém três delas se destacam no universo que envolve a saúde da população com 60 anos ou mais. Tais prioridades compreendem a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (AB). Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa vem reafirmar que a atenção primária deverá ser o meio de inserção inicial do idoso nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), e contar com a referência da rede de serviços especializados de saúde, envolvendo a média e alta complexidade. Já a Política Nacional de Promoção da Saúde, dispõe de estratégias de implementação que deverão nortear as ações planejadas pelos profissionais da AB com o intuito de melhor assistir os idosos, em particular. E a Política Nacional de AB informa, sobretudo, que as ações poderão ser desenvolvidas através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe.²

Os profissionais que atuam na atenção básica necessitam ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental. Visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Não devem aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que esse ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. Assim, as “coisas da idade” não devem ser vistas como uma determinação, mas, sim, como possibilidade.⁹

As ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) necessitam superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas à população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Isso requer que os

profissionais de saúde da família estejam preparados para lidar com o envelhecimento rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecer uma relação com o idoso reconhecendo a sua experiência e sabedoria.⁷

Além das morbidades física e mental, tem-se dado crescente importância para fatores demográficos, socioeconômicos e culturais associados à qualidade de vida em idosos afirmam que na perspectiva dos idosos a qualidade de vida é avaliada mais por seu nível de função e capacidade de manutenção da independência que pelos diagnósticos específicos de seus médicos. Entretanto, verificou-se em idosos uma associação entre pior qualidade de vida e perdas na esfera da saúde.¹¹

Questões pertinentes à exclusão dessas pessoas, muitas vezes, mesmo no contexto familiar estão presentes na realidade cotidiana das comunidades e dos serviços de saúde. A partir dessas considerações, este trabalho tem por objetivo compreender como o idoso se sente mediante sua condição e identificar como esse idoso percebe o atendimento na Unidade de Saúde da Família.

II. Método

A pesquisa caracteriza-se como de natureza qualitativa que segundo Minayo, é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.¹²

2.1 Contexto: O presente estudo foi desenvolvido na unidade Estratégia Saúde da Família do bairro Peabiru na cidade de Botucatu. A unidade possui três equipes de saúde, cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A unidade conta com serviço odontológico e tem o apoio matricial da equipe de saúde mental.

2.2 Sujeitos: A escolha dos sujeitos se deu a partir do contato da pesquisadora junto aos profissionais da unidade Estratégia Saúde da Família. Foram entrevistados treze sujeitos com idade igual ou acima de setenta anos atendidos no serviço, com algum diagnóstico relacionado à área de saúde mental e que no momento da entrevista estavam em condições de responderem os questionamentos propostos. Foi utilizado o critério de saturação estabelecido por Minayo¹²

2.3 Coleta de Dados: Depois da avaliação positiva do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, Ofício Número 3555-2010 (Anexo 1), foram efetivadas as entrevistas a partir da visita domiciliária (VD), através de indicações das Agentes Comunitárias de Saúde.

Após essa etapa, recorreremos à entrevista semi-estruturada. Nessa, após os dados de identificação (sexo, idade, estado civil, n. de filhos, com quem reside, possui benefício) utilizamos o gravador efetuando as seguintes perguntas norteadoras:

“Neste momento da sua vida, como o/a senhor/a se sente?”

“Pensando no atendimento da USF, como o/a senhor/a percebe a assistência na unidade?”

Foi feita, inicialmente, uma entrevista piloto para testar o instrumento e realizar as alterações pertinentes.

Desse modo, as entrevistas foram realizadas na casa dos sujeitos, para tal a pesquisadora foi acompanhada pelo Agente Comunitário. As entrevistas tiveram média de duração de 10 a 20 minutos, e em todas as casas a pesquisadora foi bem recebida pelos sujeitos e seus familiares e/ou acompanhantes.

2.4 Análise dos Dados: Os dados obtidos na entrevista foram transcritos pela pesquisadora. A seguir, recorreremos à Atenção Flutuante de Minayo¹², o texto obtido foi lido por várias vezes, com o objetivo de estabelecer o maior contato possível com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A próxima etapa utilizamos a análise temática proposta por BARDIN (1994). Segundo a mesma autora, a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Bardin (1994) ainda afirma que a análise temática segue as seguintes etapas de organização: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹³

Assim, a partir dos discursos elaborados pelos sujeitos, foi possível apreender os temas: a) Bem -Estar, b) Perdas/Abandono, c) Gostar ou não da Unidade.

III Apresentação e Análise dos Resultados

3.1 Características dos sujeitos:

Para a obtenção dos dados foram entrevistados treze sujeitos, sendo nove mulheres e quatro homens. A idade variou entre setenta e noventa anos, sendo que desses, oito sujeitos possuem entre setenta e setenta e nove anos. Quanto ao estado civil, oito são casados e cinco viúvos. Quanto à moradia, dois entrevistados moram só, oito residem com o/a companheiro/a, um mora com a sobrinha e dois apenas com os filhos.

As entrevistas resultaram em relatos ricos de significados, tendo como referência metodológica a análise temática, foi possível apreender os temas que serão analisados a seguir.

3.2 Temas Emergentes

3.2.1 Bem- Estar

Alguns participantes ouvidos exprimiram o sentimento de bem estar com a própria realidade atual de vida, manifestando a satisfação em ter a família reunida, a troca de afetos, o sentimento de pertença ao grupo.

“Então a gente fica orgulhoso, família reunida, chega dia de aniversário, vem todo mundo...não tem nada que atrapalhe” (E9)

A correlação entre saúde social e estrutura familiar, expressa que a família representa tanto um suporte social para os idosos quanto uma preocupação de bem-estar dos mesmos, com os membros da família, ou seja, a amostra tende a definir envelhecimento saudável na possibilidade de vislumbrar um bem-estar amplo dos filhos e parentes, observando aspectos emocionais, físicos e financeiros¹⁴.

A expressão de orgulho por ter constituído e construído ao longo da vida o próprio núcleo familiar, foi evidenciado no discurso:

“A gente fez o que pode, lutou na vida, porque são sete filhos que criei, não foi um, são quatro homens e três mulheres...” (E9)

É no ambiente familiar que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais ¹⁵.

No nosso cotidiano parece claro o significado de família, tendo em vista que a maioria das pessoas fazem parte de uma unidade familiar. Porém, a família se apresenta sob os mais variados tipos. ¹⁶.

Foi possível constatar que alguns sujeitos falaram sobre a importância de celebração da vida, reverenciaram o vivido e lembraram que outros já se foram.

“Ah eu acho que é uma felicidade chegar nessa idade porque eu tenho irmão dezoito anos mais novo que eu e que já morreu” (E10)

E mais uma vez os sujeitos expressaram o quanto a companhia dos filhos, a busca do lazer e a condição de poder mobilizar-se é importante para a preservação do bem estar.

“eu saio, passeio, saio com os meus filhos, de um lado para outro...” (E12)

Uma atitude positiva da família em relação ao idoso é fundamental, é preciso, em primeiro lugar, constatar que muitos idosos não têm família ou mesmo tendo-as, com elas não convivem; daí que a responsabilidade, pelo idoso, é de toda sociedade ¹⁷.

Por outro lado, a importância do convívio social a partir dos grupos que promovem atividades recreativas e sócio-culturais existentes na comunidade, contribuem para inserção, a socialização, a aprendizagem e as trocas mútuas possibilitando às pessoas idosas, ampliarem o próprio estilo de vida.

No campo das Políticas Públicas, outra proteção social básica desenvolvida pela política de Assistência Social, que beneficia indiretamente os idosos é a Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), realizado em Municípios, denominadas Casa de Famílias, com objetivos de acolher, conviver, socializar e estimular a participação social das famílias e seus componentes. A Assistência Social para o enfrentamento das questões da violência contra o idoso inclui: centros de convivência, casas lares, abrigos, centros de cuidados diurnos e noturnos, atendimentos domiciliares, articulando as demais políticas públicas¹⁶.

3.2.2 Perdas/Abandono

A velhice é um fenômeno social e vital complexo, sendo determinado pelo curso de vida e pelas experiências e oportunidades socioculturais e históricas acumuladas durante a vida. A velhice e o envelhecimento não são sinônimos de doença, inatividade e contração do desenvolvimento¹⁷.

No entanto, a solidão provoca um sentimento de vazio interior, que pode estar presente no ser humano nas diferentes fases da vida, e tende a ser mais frequente com o envelhecimento. As experiências acumuladas, o transcorrer do tempo e com ele as restrições impostas, contribuíram para a elaboração de alguns relatos que apontam o descontentamento mediante a situação vivida, trazendo os sentimentos de perda ou de abandono.¹⁸

As situações que levam ao abandono são provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da autonomia e da independência, pelo esfriamento dos vínculos afetivos e pela conduta do grupo de relações ou ausência dele. O que impede o indivíduo de viver e conviver plenamente e de permanecer inserido na família, no grupo

e na cultura. Essa situação rompe o contato vital com o mundo, favorece a inércia do corpo e rouba a possibilidade de ser e de conhecer.

No Discurso abaixo encontramos o descontentamento com as limitações da idade.

“Não me sinto muito bem não, sempre doente, sempre doente, risos.”(E3)

A qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido muitas vezes associada às questões de dependência-autonomia, sendo importante distinguir os “efeitos da idade”. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas¹⁹.

Podemos ver no relato abaixo, a insatisfação com as doenças adquiridas e a perda do estado de saúde anterior.

“É ruim, eu não era ruim assim.”(E5)

“ até aqui, o que mais me mata eu, tirando a morte do homem né, é a diabete que eu não posso comer com medo de comer isso, de comer aquilo e uma dor na junta que queima aqui na costela,”(E13)

Os idosos frente aos eventos de perda, lidam muito bem com o estresse, ou seja, os idosos geralmente são mais eficientes do que os adultos mais jovens em suas respostas de enfrentamento ao estresse. A explicação para tal fato se dá ao pensarmos que, no envelhecimento, os idosos possuam tanto um maior repertório de estratégias de enfrentamento que passaram ao longo da vida, quanto o fato de que estes tornam-se mais eficazes com o passar dos anos.¹⁹

Entretanto, isso não garante que o idoso não sofra, o que pode explicar a susceptibilidade do idoso à depressão. Nos relatos abaixo percebemos como se sentem com em relação a isso:

“Porque a gente fica triste, e a gente trabalhava, saía sempre e agora aposentou, fica mais em casa né?E também não aguento mais trabalhar”(E1)

“A gente tem pai,mãe, sogro, sogra, depois quando chega essa idade não tem mais nada.”(E2)

Há também quem se incomode com as limitações impostas pela idade,a dificuldade dessa readaptação e a aceitação das novas condições de vida:

“Eu fico chateada, porque eu não posso fazer nada mais,não faço nada mais, dependo de tudo, até comida elas que me dão assim, pega assim, dão na minha mão, não aguento ficar em pé numa pia para arrumar uma cozinha...”(E6)

E há o saudosismo do que se viveu:

“Falta assim, quando os filhos eram tudo junto,era mais gostoso, pequenino, né? Agora as preocupação são outras”(E10)

A sociedade cobra juventude eterna, pois vivemos em uma sociedade, onde o crescimento das ofertas no setor de cuidados com o corpo que vão de cosmética à cirurgia plástica, da suplementação alimentar, aos exercícios físicos, prometem retardar os efeitos da passagem do tempo ou pelo menos algumas de suas marcas mais notórias.

Como consequência, a insatisfação de alguns velhos com relação ao próprio corpo pode estar associada a certas restrições e à diminuição das possibilidades corporais, como também à idéia de que um corpo velho é um corpo feio. Certas pessoas reclamam que seus corpos não inspiram mais nenhum atrativo, sobrando apenas tristeza e lembranças de um tempo de sedução.²⁰

“porque o bom da vida da gente, acho que quando a gente é moça, passear né, ter namorado...”(E13)

Alguns relataram sentirem-se abandonados pela família. A família é o meio natural de inserção do ser humano. Quando há ausência ou rompimento dessa inserção, o idoso vive uma situação de não-pertencimento, sente-se ignorado, desvalorizado, excluído. O abandono é concebido como sentir-se desamparado no meio dos outros, é não estar bem, é não ter ajuda de ninguém, é andar de um lado para o outro. É ter família e não ser protegido por ela, esquecido, isolado, indiferente, não ser valorizado e não receber atenção.²¹

“Ih, eles[netos] não dão conta de mim, tem eles mas é o mesmo de não ter, que não vem adota eu, não aparece.” (E5)

Quando se pensa em violência intrafamiliar normalmente nos remetemos às agressões físicas, mas a violência pode ser definida como ações ou omissões que aflige a integridade emocional e física da vítima, Muitos familiares cometem o abandono, a negligência a violência psicológica, mas não deixam o idoso ir embora da sua residência, porque ele se torna como uma renda complementar a família, dessa maneira explorando o seu recurso financeiro e o ser humano nele existente.²²

“O pior da historia é isso ai, porque até agora, vou falar a verdade para você, ninguém da minha filha veio trazer nada para mim”(E13)

O fato de ter constituído família não garantiu ao idoso a companhia dos mesmos no atual momento, e podemos perceber de acordo com as falas a decepção que atualmente existe.

“Começa sozinho, termina sozinho” (E11)

As situações que levam ao abandono são provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da autonomia e da independência, pelo esfriamento dos vínculos afetivos e pela conduta do grupo de relações ou ausência dele.

Para muitos, a perda maior é a morte. Aceitar o limite imposto pela morte como experiência cotidiana implica aceitar as regras da existência, visto que a morte impõe uma ruptura com tudo o que se conhece e se ama e faz parte da condição humana²¹.

3.2.4 Gostar/Não Gostar do atendimento da unidade

A vulnerabilidade em saúde é um conceito apropriado para estimular respostas sociais e que não possui aplicação direta às questões que envolvem a saúde na velhice. Nesse sentido, pode-se indagar se o idoso é socialmente reconhecido como um cidadão de direitos e que, independentemente da condição social, possui o direito de alcançar o envelhecimento saudável e apresentar uma velhice bem-sucedida.¹⁷

Os serviços de assistência à saúde estão presentes no cotidiano das famílias que vivenciam o cuidado ao idoso com doença crônica de várias maneiras, como, por exemplo, através do fornecimento de medicamentos de uso contínuo no tratamento da doença e também pelo trabalho da Equipe Saúde da Família, a qual realiza consultas domiciliares, organiza reuniões com a população, faz orientações coletivas e individuais, entre outras ações.²³

A maioria dos sujeitos ouvidos relatam gostar da unidade, do atendimento, da assistência oferecida pela Unidade Saúde da Família.

“A assistência é boa, é ótima”(E1)

“Sempre atenderam bem” (E2)

“Sempre bem atendido, não tenho o que reclamar não, tenho que elogiar.”(E9)

Houve relatos quanto a visita domiciliar feita pelos profissionais da USF

“Eu gostei muito do atendimento daqui do posto, eles vem aqui, são tudo gente boa”(E6)

Os paciente também agradecem aos medicamentos dados pela rede,

“Ajuda né? Os remédios que eles dão, imagina se eu fosse comprar? Com o que?As ajuda que eles dão, na faculdade, no posto, é bom né? (E8)

Embora a assistência integral seja princípio básico do Sistema Único de Saúde, alguns relatos ouvidos apontam que para os sujeitos, o atendimento oferecido está mais próximo à dádiva e não ao direito à saúde.

“Aqui é bom, não é ruim não...O resto não tem o que reclamar não, se vai pegar remédio, pega.. tem gente que reclama, mas eu não” (E12)

No entanto, também ouvimos relatos que explicitamente continham reclamações quanto às horas de espera para o atendimento;

“Ah tá mais ou menos, está bom ,dá para se virar né. Custa para ter uma consulta, mas é muita gente também né?”(E3)

E também relatos que contêm saudosismo quanto ao passado, quando se era Unidade Básica de Saúde :

“No tempo do Ielo ai era , tinha mais atenção, consultava diabete a cada 3, 4 meses, agora não”(E13)

Dentre as muitas características da Estratégia Saúde da Família destaca-se em sua essência a aproximação entre serviço e usuários e suas famílias, uma vez que tem como princípio básico o atendimento da demanda da comunidade a qual estão dirigidas as ações de saúde.²⁴

Por outro lado, a política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), também tem discutido as questões relacionadas à saúde na velhice, enfatizando que envelhecer bem faz parte de uma construção coletiva e que deve ser facilitado pelas políticas públicas e por oportunidades de acesso à saúde ao longo do curso de vida¹⁷.

Embora haja uma política para beneficiar os idosos, se observa também, que os abusos financeiros e econômicos não acontecem apenas no interior das famílias, eles estão presentes também na relação do estado, omitindo direitos, das demoras de concessão de benefícios, na aposentaria e outros. Sendo também vítimas de estelionatos que tripudiam sobre a vulnerabilidade física em agencias bancarias lojas, ruas, caixas eletrônicos²².

Pelos relatos, vimos que há satisfação com a Unidade Saúde da Família, com a equipe, mas que há ainda, quem compare essa nova estratégia com a usada nas antigas unidades básicas de saúde.

IV. Considerações Finais

Este estudo teve por objetivo compreender como o idoso se sente mediante sua condição e identificar como esse idoso percebe o atendimento na Unidade de Saúde da Família.

A partir dos relatos produzidos pelos sujeitos ouvidos, pudemos observar que os idosos que se mostraram bem, aliaram isso à boa convivência com a família, com o cônjuge, à autonomia, às adaptações e realizações que vieram com a idade. Por outro lado, os sujeitos que relataram viver na própria realidade os sentimentos de perda ou de abandono, manifestaram sentir falta da família, algumas frustrações advindas com o tempo, assim como viverem limitações impostas pela idade e pelas situações de doenças.

Quanto à satisfação com relação ao atendimento na unidade de saúde, ouvimos relatos positivos, como também algumas insatisfações com o atendimento.

Evidencia-se a necessidade de sensibilização e ação social quanto às questões pertinentes ao envelhecimento e destacamos a importância dos órgãos formadores manterem o olhar atento à formação dos futuros profissionais de saúde

Assim, como desafio para a sociedade, podemos dizer que cabe a nós enxergarmos o idoso além de suas limitações, e perceber nele um ser que já viveu muito, contanto, tem-se muita vivência para nos passar.

Para as políticas públicas, em respeito aos nossos idosos temos os desafios de prover recursos para políticas sociais e de saúde dirigidos à essa população, compreender a nova estrutura familiar e prover-lhe apoio, criação de novos equipamentos urbanos, serviços e programas para a inclusão do idoso. Assim como promover a facilidade e a acessibilidade, para que dessa forma possamos conviver respeitosamente com essa população que não para de crescer e que merece ser cuidada com respeito.

V. Referências

- 1) Chaimowickz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):184-200.
- 2) Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima EAR, et al. Promoção da Saúde Mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto Contexto Enferm*, 2010; 19(1): 129-36.
- 3) Veras RP, Caldas, PC. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades na terceira idade. *Ciênc Saúde Colet*, 2004; 9(2):423-432.
- 4) Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr*. 2006;28(1):27-38.
- 5) Valadares FC, Souza ER. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Colet*. 2010,15(6):2763-2774.
- 6) Cavalcanti MLT, Souza ER. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Colet*. 2010,15(6):2699-2708.
- 7) Araújo MAS, Barbosa MA. Relação profissional de saúde/idoso. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):819-24.
- 8) Venturi I, Rosado LEFP, Cotta RMM, Rosado GP, Doimo LA, Tinoco ALA, et al. Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(4):1293-304.
- 9) Silvestre JÁ, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3):839-47.
- 10) Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. *Rev Eletron de Enferm*. 2003; 5(2):71-7.

- 11) Floriano PJ e Dalgalarrodo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(3): 162-70.
- 12) Minayo, MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. 11ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 13) Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
- 14) Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicol: Reflex Crít.2007; 20 (1): 81- 6.
- 15) Lima FET, Lopes MVO, Araujo TL. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. Fam Saúde Desenv.2001;3(1):63-9.
- 16) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome (Brasil), Serviço de Programa e atendimento integral à família, 2004.
- 17) Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Successful aging and health vulnerability: approaches and perspectives. Interface - Comunic Saude Educ. 2010; 14(35):867-77.
- 18) Lopes RF, Lopes MTF, Camara VM. Entendendo a solidão do idoso. RBCEH. 2009;6(3):373-81.
- 19) Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas à satisfação com a vida. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):131-8.
- 20) Ávila AH, Guerra M, Meneses MPR. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. Pensam Psicoló.2007; 3 (8):7-18.
- 21) Herédia VBM,Cortelletti IA,Casara MB. Abandono na velhice. Textos Envelhec.2005;8(3):1-11.

- 22) Carvalho TS, Rodrigues R. Violência Intrafamiliar contra o idoso. Vol. 5, No 5 (2009): V Encontro de Iniciação Científica, IV Enc de Extensão Universitária de I Enc de Iniciação Científica para o Ensino Médio.
- 23) Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. Rev Bras Enferm. 2010; 63(6): 939-9.
- 24) BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica-DAB Esplanada dos Ministérios. Estratégia Saúde da Família Brasília/DF Ministério da Saúde , 2006



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

**"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"**

Campus de Botucatu- Faculdade de medicina

Departamento de Enfermagem

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3811-6070/6802-6004 -
FAX (014) 3813- 5264

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
PESQUISA CIENTÍFICA**

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa: ***“Saúde mental do idoso: percepções relacionadas com o envelhecimento em interface com o atendimento de saúde na atenção básica”***, com o objetivo de investigar e conhecer como o idoso se sente, nesta fase da vida e como utiliza e avalia o serviço de saúde na atenção básica. É importante ressaltar que esta pesquisa poderá contribuir para o aperfeiçoamento da assistência realizada pelo PSF, e para a consolidação da atuação do Programa na área de Saúde Mental.

A pesquisa será feita através de um inventário contendo 02 questões: “Neste momento de sua vida, como o senhor/a se sente? E pensando no atendimento da Unidade de Saúde, como o senhor/a percebe a assistência na unidade?”

Somente serão convidados a participar do estudo pacientes idosos com idade de 70 anos ou mais, que vem fazendo uso de medicações ansiolíticas e antidepressivas, e usuários da Unidade de Saúde do Jardim Peabiru, do município de Botucatu

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, você poderá não concordar em participar da mesma, e finalizá-la antes ou mesmo durante a entrevista. Você poderá, se quiser, tomar conhecimento do andamento do trabalho ou sua finalização, sendo para tanto devidamente informado/a dos meios necessários para fazer contato com a entrevistadora.

A concordância em participar da pesquisa implica na possibilidade do uso das informações para divulgação em âmbito científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato de todos os participantes. Qualquer reclamação a respeito da pesquisa poderá ser encaminhada à pesquisadora responsável, no endereço abaixo.

A entrevista será gravada, e posteriormente transcrita para melhor análise dos dados. Os sons gravados não serão apresentados, e as fitas serão destruídas após a transcrição.

Eu _____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade da graduanda em enfermagem¹, aluna regular do curso de graduação em enfermagem e de sua orientadora Prof^a. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira², do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista. Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora e/ou orientadora através dos telefones e e-mails listados abaixo.

Local e Data

Pesquisadora

Entrevistado

APÊNDICE 2

Título: Saúde mental do idoso: percepções relacionadas com o envelhecimento em interface com o atendimento de saúde na atenção básica.

REGISTRO: _____ Data de Nascimento ___/___/___ Sexo __ Est. Civil _____

Recebe Benefício _____

Diagnóstico Médico: _____ Protocolo _____

1. Neste momento da sua vida, como o/a senhor/a se sente?

2. Pensando no atendimento da Unidade e Saúde, como o senhor/a percebe a assistência na Unidade?