

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Revista de Pesquisa:  
**CUIDADO É FUNDAMENTAL Online**  
 ISSN 2175-5361



Ministério da Educação

## SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

## INFLUENCE OF THE SOCIAL AND FAMILIAR THE CONTEXT TO THE ATTENTION OF THE ELDERLY IN THE VIEW OF HEALTH PROFESSIONAL

INFLUÊNCIA DO CONTEXTO SÓCIO-FAMILIAR NA ATENÇÃO AO IDOSO NA ÓTICA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIO FAMILIA ATENCIÓN A LOS ANCIANOS EN LA VISIÓN DE LA PROFESIONALES DE LA SALUD.

Andréia Furtado de Figueiredo<sup>1</sup>, Jailson Alberto Rodrigues<sup>2</sup>, Débora Cíntia Oliveira da Silva<sup>3</sup>,  
 Jordana de Almeida Nogueira<sup>4</sup>, Sandra Aparecida de Almeida<sup>5</sup>, Valéria Peixoto Bezerra<sup>6</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** Analyze under the perception of professionals of family health staff, the influence of family and social context in promoting care for the elderly. **Method:** Descriptive study, survey type, realized in Joao Pessoa, the universe is composed of 250 health professionals. For data collection used a questionnaire containing questions related to the evaluation of health services offered to the elderly. The data collected were submitted to the technique of content analysis that identified three categories: factors related to the socio-familiar inherent aspects caregivers of elderly that influence the promotion of health care in the elderly. **Results:** It stands out a violation of the rights acquired by the elderly, such as domestic violence (15.2%), family abandonment (10.8%), and financial violence (10.4%). As for the caregivers is observed before the disengagement elderly care (12.0%), as well as unprepared caregivers. **Conclusions:** Considering the health of an expanded form, become necessary change in the current context toward the production of a social and cultural environment more favorable for the elderly population. **Descriptors:** Elderly health, Primary health care, Maltreatment of the elderly.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar sob a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família, a influência do contexto sócio familiar na promoção de cuidados ao idoso. **Método:** Estudo descritivo, tipo inquérito, realizado em João Pessoa-PB, sendo o universo constituído por 250 profissionais de saúde. Para coleta de dados utilizou-se um questionário, contendo questões relacionadas à avaliação dos serviços de saúde oferecidos ao idoso. Os dados coletados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo que apontou três categorias: fatores relacionados ao contexto sócio familiar, aspectos inerentes aos cuidadores, como ao próprio idoso que influenciam na promoção do cuidado na saúde do idoso. **Resultados:** Destaca-se uma violação aos direitos adquiridos pelos idosos, tais como a violência doméstica (15,2%), abandono familiar (10,8%), violência financeira (10,4%). Quanto aos cuidadores observa-se descompromisso diante do cuidado ao idoso (12,0%), como também despreparo dos cuidadores. **Conclusões:** Considerando a saúde de uma forma ampliada, tornam-se necessárias mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa. **Descritores:** Saúde do idoso, Atenção primária à saúde, Maus-tratos ao idoso.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar en la percepción de los profesionales de los equipos de salud de la familia, la influencia del contexto social en la promoción del cuidado de la familia para los ancianos. **Método:** Estudio descriptivo, tipo de encuesta realizado en João Pessoa, el universo está compuesto por 250 profesionales de la salud. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario que contiene preguntas relacionadas con la evaluación de los servicios de salud ofrecidos a los ancianos. Los datos obtenidos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido que se identificaron tres categorías: factores relacionados con la socio-familiares los aspectos relacionados con los cuidadores, como la persona anciana que influyen en la promoción de salud en los ancianos. **Resultados:** Se destaca una violación de los derechos adquiridos por los ancianos, tales como la violencia doméstica (15,2%), abandono de familia (10,8%), la violencia, financieros (10,4%). En cuanto a los cuidadores se observó antes del desacoplamiento de cuidado persona anciana (12,0%), así como los cuidadores sin preparación. **Conclusiones:** Teniendo en cuenta la salud de una forma ampliada, se convierten en cambios necesarios en la el contexto actual hacia la producción de un ambiente social y cultural más favorable para la población anciana. **Descritores:** Salud de los ancianos, Atención primaria de la salud, Maltrato de los ancianos.

<sup>1</sup> Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. Especialista em Atenção à Saúde e Envelhecimento/UFPB. E-mail: andréia\_furtado@hotmail.com. <sup>2</sup> Enfermeiro. Especialista em Saúde Coletiva. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde/UFPB. E-mail jailson\_rodrigues@ig.com.br. <sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. E-mail. debinhacintias@hotmail.com. <sup>4</sup> Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB. <sup>5</sup> Doutorando da UFPB. E-mail: sandra\_almeida09@yahoo.com.br. <sup>6</sup> Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFPB- Brasil. E-mail valeriapbz@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento vem ganhando destaque mundial frente ao aumento significativo do contingente de idosos. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Já em 1998, apenas cinco décadas depois, houve um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas ao ano, alcançando 579 milhões de pessoas. As projeções indicam que em 2050 a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas<sup>1,2</sup>.

Diferentemente da velocidade com que os países desenvolvidos adaptaram-se a esta mudança demográfica, no Brasil a população tornou-se idosa repentinamente, em decorrência de avanços na medicina e de outros fatores como o controle da natalidade. A descoberta de vacinas e antibióticos diminuiu a mortalidade por doenças infecto-contagiosas, fazendo com que a sobrevivência dos indivíduos aumentasse sensivelmente. Estima-se que no país, entre os anos de 1975 a 2025, haverá um aumento de 224% da população idosa, sendo que no mundo este acréscimo será de 102%, apresentando um crescimento de dezesseis vezes, contra cinco vezes o crescimento da população global. Em termos absolutos, significará em 2025 a sexta maior população de idosos do mundo, ou seja, 32 milhões de indivíduos, apresentando características que os diferenciam do restante da população<sup>3-5</sup>.

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira, apesar de recente, vem sendo ressaltado na produção científica e nos fóruns de discussão sobre o assunto. Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades. A presença de uma ou mais

enfermidade crônica, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. De fato, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidade crônica<sup>6</sup>.

Entretanto, esses mesmos estudos mostram que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisa de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, medicar-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas. Percebe-se então que a pessoa idosa que é portadora de alguma doença, ou de várias doenças, tem em seu organismo a soma das modificações normais que acontecem no envelhecimento natural com as alterações produzidas pelas enfermidades que ocorrem simultaneamente<sup>6</sup>.

Portanto, o processo de envelhecimento deve ocorrer de forma saudável, ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Faz-se importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem com falta de recursos e falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses, estão aqueles que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais.

Na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dos idosos várias leis, portarias e decretos foram publicados na última década. Somente em

2006, por meio da Portaria 2528, aprova-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, definindo-se que os serviços de atenção básica caracterizar-se-iam como porta de entrada desta população a rede de serviços de saúde. Logo, transfere-se para as equipes de saúde da família a tarefa de reordenar as práticas e produção do cuidado considerando às peculiaridades do idoso<sup>7-10</sup>.

Dentre as atribuições previstas, a Política Nacional de Saúde do idoso vê a grande importância da parceria entre profissionais de saúde e cuidadores e familiares. Recomenda que as tarefas sejam devidamente planejadas no próprio domicílio, dando ênfase às ações de promoção, prevenção dos agravos relacionados a incapacidades, manutenção da capacidade funcional, evitando o asilamento e/ou isolamento. Diante disso a família precisa do apoio de uma rede social, a qual deve ser composta por profissionais capacitados que possam oferecer a estas famílias segurança na forma do cuidar de pessoas mais dependentes ou como agir diante de problemas emergentes<sup>11</sup>.

A sociedade também exerce um papel importante à medida que são respeitados os direitos adquiridos pelos idosos, porém a exclusão ainda é presente toda vez que é lhe negado, seja por ficar de fora do mercado do trabalho, seja quando o seu direito é violado de alguma outra forma. A proteção social enquadra nesta situação no sentido de amparar o direito prejudicado, destacando o papel do assistente social no sentido de orientar no usufruto do bem-estar social<sup>12</sup>.

Diante das peculiaridades relacionadas ao “ser idoso” e as especificidades que envolvem esta fase da vida, este estudo teve como objetivo analisar sob a percepção dos profissionais das equipes de saúde da família, a influência do

contexto sócio-familiar na promoção de cuidados ao idoso.

## METODOLOGIA

O atual projeto insere-se na pesquisa multidimensional intitulada “Tecnologias Assistivas para Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família”, financiada pelo Ministério da Saúde e coordenado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Trata-se de estudo descritivo, tipo inquérito, realizado no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. O município conta com população de 702.234 habitantes e, organiza a atenção à saúde de forma regionalizada em cinco Distritos Sanitários com 180 Unidades de Saúde da Família (USF) perfazendo uma cobertura de 84%<sup>13</sup>.

O universo do estudo foi constituído por profissionais da ESF, de nível médio e superior. Considerando o quantitativo de USF (180) foi previsto população de 724 profissionais. Optou-se por uma amostra de 250 indivíduos, que garantiu erro máximo de 5,0% e nível de confiança de 95%. A seleção dos profissionais entrevistados foi por conveniência. Os dados foram coletados no primeiro semestre do ano de 2011 por meio de fonte primária (entrevistas com profissionais), utilizando-se um questionário, contendo questões relacionadas à influencia do contexto sócio-familiar na produção de cuidados ao idoso. As informações levantadas foram digitadas e armazenadas em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2003* e agrupadas segundo tres componentes: “*aspectos relacionados ao contexto sócio-familiar*”; fatores “*inerentes aos cuidadores*” e àqueles relacionados “*ao idoso*”..

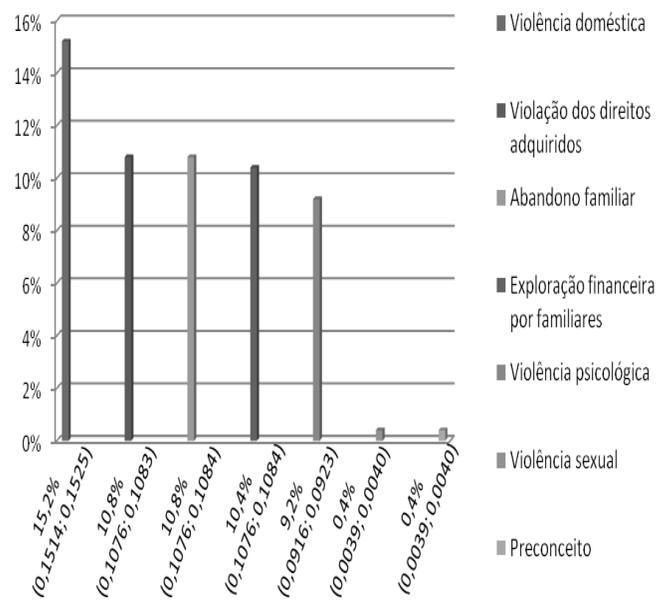
Os dados foram analisados através da estatística inferencial, que permite a análise e a interpretação dos dados através de estimativas de parâmetros do universo populacional. Assim sendo, a maior contribuição da inferência estatística é prover uma medida de confiabilidade para os resultados encontrados. Logo, são utilizados testes estatísticos, com o intuito de extrapolar os resultados obtidos à distribuição real na população para as diferentes variáveis, que se traduzem em um p-valor ou em intervalos que contém o verdadeiro valor do parâmetro, os intervalos de confiança - IC. Neste estudo, o parâmetro em questão é a proporção, sendo considerados os intervalos de confiança das mesmas, calculados para uma proporção e considerando o teorema central do limite.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob o nº 0598. O sigilo das informações contidas nos questionários foi garantido e o consentimento por escrito foi solicitado a todos entrevistados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O primeiro componente analisado (Figura 1) mostra a violência doméstica como um dos principais eventos relacionados o contexto sócio-familiar que dificultam à promoção do cuidado a população idosa sendo apontada por 15,2% (IC: 0,1514; 0,1525) dos profissionais entrevistados.

**Figura 1:** Aspectos relacionados o contexto sócio-familiar do idoso que influenciam a promoção de cuidados em saúde. João Pessoa-PB, 2011.



Os resultados apresentados comprovam o que vem sendo relatado na literatura quanto aos abusos sofridos pelos idosos. Essas agressões correspondem a todo e qualquer tipo de violação aos direitos adquiridos pelos idosos, assegurados na constituição federal, no estatuto do idoso e na política nacional do idoso. A violência contra idosos é manifestada de algumas formas: estrutural, decorrente das desigualdades sociais expressada pela pobreza, discriminação e a miséria; interpessoal referente às relações cotidianas e institucional referente às omissões relativas às instituições de assistência e gestão das políticas sociais<sup>14</sup>.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais - IBCCRIM, em São Paulo no ano 2000, 39,6% dos agressores eram filhos das vítimas, 20,3% seus vizinhos e 9,3% outros familiares. Outro dado importante é que parte das denúncias é retirada pelos idosos dias após a denúncia, sendo o argumento a afirmação de que precisam viver com o agressor<sup>15</sup>.

Os maus-tratos são provocados por pessoas que os próprios idosos depositam confiança, família, vizinhos, cuidadores e, principalmente, sendo

vítimas com mais frequência o sexo feminino com mais de 75 anos, uma vez que se demonstra mais vulnerabilidade. É considerado difícil uma pessoa idosa escapar de uma situação abusiva, diante deste quadro, juntamente com a falta de opções. Outro ponto de destaque é que podem existir entre a vítima e o agressor, histórias relativas ao relacionamento dos mesmos, como necessidades e dificuldades não satisfeitas de ambas as partes<sup>16</sup>.

A falta de preparo no cuidado ao idoso é considerada uma das causas de maus-tratos, como também condições de carência econômica, chegando ao ponto de alguns idosos demenciados, ficarem “encarcerados” em suas casas para que filhos ou netos trabalhem. Porém não se deve generalizar, uma vez que os abusos podem ocorrer também independentes disto<sup>17</sup>.

A lei poderá punir aquele que violar os direitos adquiridos pelos idosos, relacionados aos maus tratos, inclusive os profissionais da saúde no caso da omissão de maus tratos causados aos idosos em que o profissional tenha ciência confirmada do ocorrido ou suspeita e não tenha feito a devida ocorrência à autoridade competente<sup>18</sup>.

Devido o preconceito cultural existente em nossa sociedade, o aumento da dificuldade na identificação da violência contra os idosos torna-se essencial que os profissionais estejam capacitados na prevenção, identificação e tratamento dos maus-tratos, uma vez que a atenção primária é considerada a porta de entrada. Diante disto, fica evidente a necessidade de um protocolo de atendimento ao idoso que possa identificar situações de violência para que os profissionais possam se apoiar, ou seja, uma rede de apoio para o atendimento dos idosos vitimados, como também uma melhor divulgação

dos recursos existentes na comunidade para que possam ser referenciados estes casos<sup>18</sup>.

Tipos de violência inclusos nos dados coletados, que merecem destaque: física- utiliza da força física para compelir ou inibir o idoso no sentido de que o mesmo faça o que o agressor deseje; sexual- é realizada através da força física, ameaças ou intimidação psicológica sobre o idoso, no sentido de obter excitação ou satisfação sexual do agressor; psicológica-ação ou omissão, através de gestos ou verbalmente que possa causar danos à auto-estima do idoso, à sua identidade ou desenvolvimento do idoso, destacando insultos, humilhações, chantagens, isolamento das pessoas queridas, terror e privação da sua liberdade; financeira-exploração indevida dos recursos financeiros dos idosos, acontece principalmente na família, podendo acontecer em instituições de longa permanência; abandono- falta do atendimento necessário à pessoa idosa, destacando a ausência de uma alimentação adequada ao idoso, roupas limpas, descuidos na saúde, segurança e higiene pessoal, falta de moradia, além da falta ou administração incorreta dos medicamentos dos idosos, em casos de dependência<sup>14</sup>.

Sendo assim, quanto à violência financeira, um idoso pode enfrentar situação em que pode raramente ou nunca recebe o seu dinheiro, nem dispõe dele quando precisa. Em contradição o artigo 10 da política nacional do Idoso é assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada<sup>19</sup>.

Diante de um excessivo interesse pelos bens da pessoa idosa a equipe de saúde ao desconfiar de algum abuso, deve providenciar uma avaliação clínica, ação que pode tornar-se de

grande valia na perspectiva de investigar questões relativas ao nível de envolvimento do idoso na administração dos seus recursos, sua capacidade em controlar as suas finanças, e a relação do familiar ou cuidador com o idoso<sup>20</sup>.

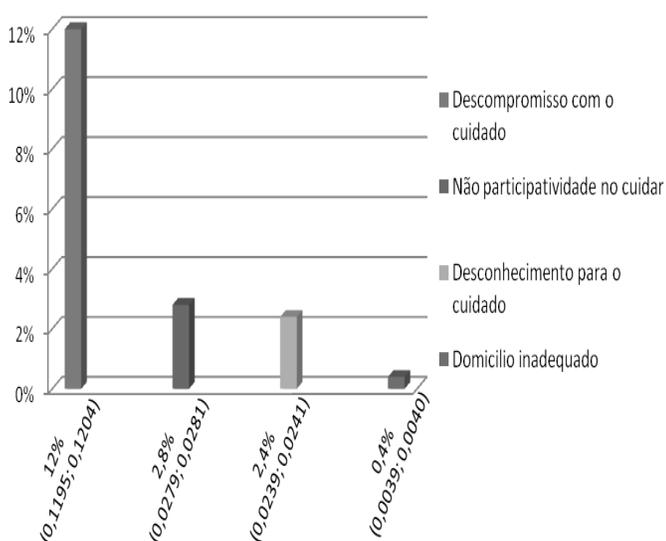
Ainda sim, destacam-se dois artigos da Constituição Federal da República de 1988, de grande relevância para com os direitos da pessoa idosa<sup>7</sup>:

Artigo 229 - Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e, os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidades.

Artigo 230 - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Com relação à influência dos cuidadores na assistência a pessoa idosa (Figura 2), foi encontrado com maior frequência o descompromisso com o cuidado (12,0% - IC: 0,1195; 0,1204), pouca participação e desconhecimento na arte do cuidar.

**Figura 2:** Fatores inerentes aos cuidadores que influenciam na atenção ao idoso. João Pessoa-PB, 2011.



O descompromisso com o cuidado é considerado uma negligência ou o abandono do afeto, como: medicação, vestimenta descuidada, assistência a saúde incompleta ou recusa em fazer qualquer das obrigações ou deveres para com o idoso<sup>7</sup>.

Outro ponto relevante volta-se para a necessidade de investimentos em estratégias de capacitação das equipes de saúde, no sentido de auxiliar a família e os cuidadores quanto aos cuidados inerentes aos idosos no domicílio, principalmente aos mais dependentes. Diante do fato, destaca-se a falta de um suporte para com os cuidadores no cuidado efetivo com o idoso, sendo essa falha identificada nas visitas domiciliares<sup>21</sup>.

Acredita-se que somente pela união da pesquisa e educação será melhorado o cuidar do idoso/família, pois através das pesquisas dispõe-se de meios para reflexão e através da educação pode-se compartilhar conhecimentos quanto a forma do cuidar, uma vez que o cuidado e a proposta de educação e saúde no domicílio é considerada uma tarefa árdua e desafiante para a equipe multidisciplinar na saúde<sup>22</sup>.

No domicílio depara-se com aspectos culturais variados de grande significado aos seus moradores. É um local onde o poder estabelecido pertence ao paciente ou aos membros daquela família, não sendo, portanto, território natural de atuação do profissional de saúde. Torna-se primordial, por parte dos trabalhadores da saúde, reconhecer que a relação entre o cuidador e o idoso dependente é complexa, muitas vezes conflituosa solitária e sem descanso, que pode levar o cuidador a um isolamento afetivo e social<sup>23</sup>.

Nesta direção, à carência de instituições sociais no amparo a pessoas necessitadas do

cuidado, fazem com que a responsabilidade recaia tão somente às famílias, sobrecarregando-as de certa forma, à medida que os seus membros não dispõem de tempo exclusivo para cuidar. No sentido de não sobrecarregar um só membro da família, faz-se necessário a permuta entre os demais membros, para que esse cuidador possa também cumprir com os seus afazeres, como também ter momentos de lazer. Caso contrário, diante de situações de muito estresse o cuidador poderá ser perigoso, no sentido de praticar algum abuso ao idoso, a si mesmo ou a pessoas de sua convivência familiar<sup>21</sup>.

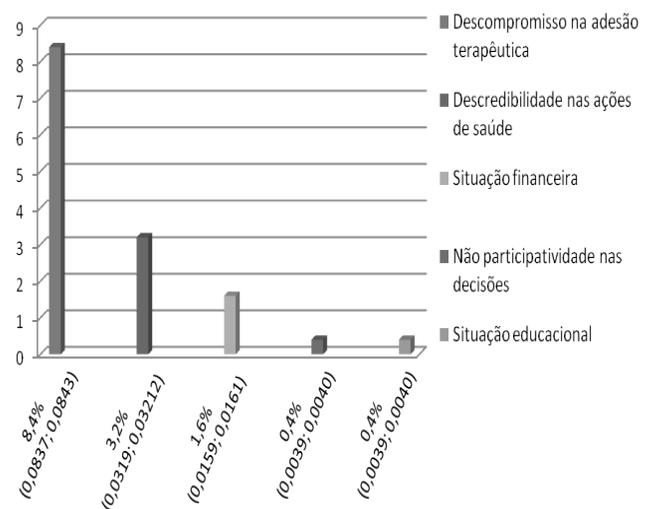
A solução ideal seria a implementação de outros tipos de assistência como hospitais-dia, centros de convivência, fornecimento de refeições, bem como auxílio-técnico e financeiro para adaptações arquitetônicas, reabilitação ambulatorial. Tais iniciativas reduziram a demanda das instituições de longa permanência e os idosos teriam maiores chances de estarem junto à suas famílias<sup>21</sup>.

A figura 3 apresenta os fatores pertinentes ao idoso que influenciam no cuidado especializado, sendo apontando como aspectos dificultadores o descompromisso na adesão terapêutica (8,4% - IC: 0,0837; 0,0843) e a descredibilidade nas ações de saúde (3,2% - IC: 0,0319; 0,03212).

O ponto de maior relevância observado relaciona-se ao descompromisso na adesão terapêutica. Estima-se no geral que 20% a 80% dos idosos apresentam dificuldades quanto ao uso regular das medicações prescritas. Seja qual for o nível de dificuldade e/ou doença manifesta requer o estabelecimento de uma aliança terapêutica em que estejam envolvidos todos atores (idosos, cuidadores e equipes de saúde). Para tal é necessário o desenvolvimento de habilidades em

que o cuidado pautar-se nas necessidades de saúde do idoso, valorizando-se a escuta, a produção de vínculo e respeito quanto ao modo de ser e viver do outro<sup>24</sup>.

**Figura 3:** Fatores pertinentes ao idoso que influenciam o cuidado. João Pessoa, PB-2011.



Com relação aos fatores educacionais, um problema relevante para o idoso é a adaptação do mesmo às exigências do mundo moderno, gerada principalmente quanto ao déficit educacional da sua geração, em que frequentar uma escola seria um privilégio. Daí o grande índice de analfabetismo, atingindo 5,1 milhões de idosos em todo o país, sendo que a região Nordeste tem o índice mais elevado 56,1% em 2000<sup>25</sup>.

A principal fonte de renda dos idosos de ambos os sexos é a aposentadoria. Diante da velhice, a dependência é considerada um fator natural e esperado. Destacam-se alguns outros tipos de dependência: a de maior relevância corresponde à dependência psicológica-afetiva, confirmada pelos cuidadores na prática do cuidado diário. Também, outro tipo de dependência é a restrição da autonomia, causada não só pela falta dos conhecimentos específicos, como também a preconceitos relacionados à dependência na velhice. Em último caso, a comportamental, quando um idoso ao ser

considerado incompetente para a realização de determinadas tarefas, outra pessoa sempre assume a responsabilidade de fazê-lo no lugar deste, mesmo não sendo devidamente necessário, contrariando o próprio idoso, ignorando-o de certa forma e antecipando sua dependência<sup>15, 26</sup>.

Quanto à descredibilidade das ações dos serviços de saúde, destaca-se um estudo feito em Palmas-TO, onde observou-se que das pessoas entrevistadas 43,3% afirmam que quando adoecem ou alguém da família procuram o posto de saúde, um número pequeno se referiram a unidade de saúde da família (7,2%). Dos 96 entrevistados em tal estudo, 28,1% responderam que procuram diretamente o hospital, porém 8,3% afirmaram procurar, primeiramente, o Posto de Saúde e, só em caso de emergência, o hospital; ainda 5,2% afirmaram procurar a farmácia, justificando que ainda não apresenta em sua cabeça a verdadeira função das unidades de saúde da família, ou seja, não têm, com clareza, ciência do verdadeiro papel e funcionamento da estratégia saúde da família (ESF). Quanto à utilidade das unidades de saúde da família, a mesma está relacionada à satisfação dos usuários. A maioria dos entrevistados (78,1%) consideraram que a ESF é útil. A facilidade do acesso ao serviço de saúde (40,6%) e a visita domiciliar (36,4%) foram os fatores que embasaram estas afirmações<sup>27</sup>.

Entretanto, a percepção é que os usuários ainda não conseguiram entender a filosofia da ESF, questionando, muitas vezes, a presença de apenas um médico generalista ou a ausência deste generalista, ou comentam que não têm mais especialistas como tinham nos centros de saúde, sempre enfatizando a importância do modelo antigo, não entendendo, assim, a mudança do modelo de assistência atual<sup>27</sup>.

Desse modo, relata-se que a população

deve ser esclarecida quanto as atribuições da ESF, como também quanto aos recursos disponíveis, incluindo os serviços de emergência, melhorando o atendimento e o entendimento acerca dela. De certa maneira, a população já se encontra ciente de que no serviço há ampliação das ações no sentido de resolver as necessidades da população, havendo, conseqüentemente, uma redução da demanda nos hospitais<sup>28</sup>.

### CONCLUSÃO

Os resultados do estudo trazem uma reflexão de que está ocorrendo a violação quanto aos direitos adquiridos pelos idosos, a exploração financeira e o descaso e/ou despreparo dos familiares ou cuidadores das famílias. Nem sempre a família está preparada ou em condições de desencadear esse processo, tendo em vista que as obrigações diárias, às vezes, dificultam uma dedicação especial ao idoso. Diante de tal fato, tanto o setor público como o privado precisam enfrentar o desafio do envelhecimento populacional e as suas conseqüências na organização dos serviços, aliás, este é o paradigma do novo milênio.

Nota-se que ações devem ser tomadas e concretizadas no sentido de atender às necessidades do idoso, como também uma aplicação prática dos direitos assegurados no Estatuto do Idoso. Considerando a saúde de uma forma ampliada, tornam-se necessárias mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa. Dentro dessa perspectiva espera-se dar uma maior resolutividade às necessidades da população idosa, através de uma melhor educação dos recursos humanos, como também trabalhar a educação com os idosos (trabalhando com eles nos grupos de convivência sobre o conhecimento dos seus direitos) e com os

cuidadores, uma vez que a violência doméstica, o abandono, o descompromisso com o cuidar, a violação dos direitos adquiridos mostram-se como problemas prevalentes na atenção ao idoso.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira FG, Goldman SN. O trabalho de promoção social na terceira idade: desafios e possibilidades. [TCC]. Universidade Federal Do Rio De Janeiro. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro. 2006. 114p.
  2. Andrews M. Ageful ans proud. *Ageing and Society*. 2000;20(6):791-795.
  3. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista MF. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Saúde Pública*. São Paulo, 2005 out;39(5):809-15.
  4. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2006;19(2):301-308.
  5. Suzukl MM, Demartini SM, Soares E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento *Revista de Iniciação Científica da FFC*. 2009;9(3):256-268.
  6. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003 mai-jun;19(3):839-847.
  7. Constituição Federal (BR). Seção II, art. 196, 1988.
  8. Lei nº 8080 (BR), de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. *Diário oficial da União*. 20 set 1990.
  9. Ministério da Saúde (BR). Decreto n.º 1948, de 03/06/96 que regulamenta a lei 8.842 de 04/01/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. *Diário Oficial*. Brasília: MS, 1996.
  10. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 830 de 24 de junho de 1999 - Dispõe sobre acompanhante para maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. *Diário Oficial da União*. 25 de junho de 1999. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 23/05/2011.
  11. Almeida LGD, Leão IO, Oliveira JB, Santos MMO. Promover a vida: uma modalidade de fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade, *Rev.Saúde.com*. 2006;2(1):50-8.
  12. TORRES MM, SÁ MAS. Inclusão Social dos Idosos: um longo caminho a percorrer. *Revista Ciências Humanas*, Unital. 2008;1(2):1-10. Disponível em: <http://www.unitau.br/revistahumanas>. Acesso em: 30/04/2011.
  13. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE - Depis. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18/02/2011.
  14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2007.
- R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):145-154

15. BRAGA PMV. Direitos do idoso. São Paulo: Quartier Latin;2005.
16. Guimarães RM, Cunha UGV. Sinais e Sintomas em geriatria. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
17. Zirmerman GI. Aspectos biopsicossociais. 1ªed. São Paulo: Artemed; 2005. 109p.
18. Freitas J W. O Estatuto do Idoso e a Lei nº 9.099/95. Jus Navigandi, Teresina. 2004 jan;8(180). Disponível em: [HTTP://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4655](http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4655). Acesso em: 19/09/2011.
19. Grossi P, Barrili H, Souza CC. A violência invisível do cotidiano de idosos. In: Terra NL, Dornelles B. (Org.). Envelhecimento Bem-sucedido. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.
20. Tueth MJ. Exposing Financial Exploitation of Impaired Elderly Persons. Florida: American Journal of Geriatric Psychiatry. 2000;8(2):104-11.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. 2ª ed. Brasília: MS;2009.
22. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de Educação em Saúde dos Cuidadores de Pessoas Idosas no Domicílio. Texto contexto enferm, Florianópolis. 2007 abr-jun;16(2):254-62.
23. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004 jul-ago;20(4):986-94.
24. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. Patient Educ Couns. 2007;66(1):29-36.
25. Campos CEA. Estratégia de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant, Recife. 2005 dez;5 suppl.1:63-9.
26. Miguel MEGB, Pinto MEB, Marcon SS. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. Rev. Eletr. Enf. [online]. 2007;9(3):784-95.
27. Neves CF, Cavalcante JPR, Bezerra JIA, Pereira JF, Pitteri JSM, Barbosa MA. Percepções da população sobre o programa saúde da família em Palmas-TO. Revista da UFG [online]. 2004 dez;6 suppl. 1: Sem páginas. Disponível em: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/familia/D\\_percepcao.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/D_percepcao.html). Acesso em: 14/06/2011.
28. Chaves LM. Programa Saúde da Família: satisfação dos membros das famílias inscritas em Goiânia-GO. 2002. [Dissertação Mestrado] Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ. 2002.
29. R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):145-154

Recebido em: 01/10/2011

Aprovado em: 20/11/2011