

PERFIL DE FAMÍLIAS DE IDOSOS FRÁGEIS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FRAIL ELDERLY ATTENDED AT FAMILY HEALTH CENTERS: FAMILIES' PROFILE

PERFIL DE FAMILIAS DE ANCIANOS FRAGILES ATENDIDOS POR LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Lucía Silva¹
Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva²
Regina Szyllit Bousoo³

RESUMO

O objetivo com este estudo descritivo-exploratório foi descrever características sociodemográficas e de saúde de famílias de idosos frágeis atendidos em unidades de saúde da família. Os dados foram obtidos por meio de consulta a prontuários e relatórios mensais dos agentes comunitários de saúde e organizados por estatística descritiva. A maioria dos idosos era composta por mulheres, analfabetas, casadas e com idade entre 70 e 79 anos. A hipertensão arterial foi a patologia mais prevalente, entretanto dores e distúrbios de saúde mental foram as queixas mais relatadas. Constatou-se que 39,2% dos pacientes não passaram por nenhuma consulta médica e 64,7% não tiveram nenhuma consulta de enfermagem no último ano. Os cuidadores eram predominantemente familiares, mulheres, com a idade entre 40 e 50 anos. O descompasso entre os registros da equipe de saúde e os relatos dos idosos, aliado ao fato de a maioria não ter passado por nenhum atendimento de saúde no período de um ano, merecem ser destacados, já que estas famílias se encontram em situação de final de vida, deparando-se com múltiplas perdas. Acredita-se que o conhecimento do contexto de vida dessas famílias e da prática realizada pelos profissionais pode contribuir para direcionar uma assistência específica e permitir traçar ações que atendam ao perfil dessa clientela.

Palavras-chave: Idoso; Estado Terminal; Família; Enfermagem Familiar; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This is a descriptive and exploratory study that aims to characterize the socio-demographic profile and the health features of the families of frail elderly patients treated in family health centers. Data were obtained from patients' files and from monthly reports written by community health agents and were organized using descriptive statistics. Most of the patients were illiterate married women aged between 70 and 79 years old. Hypertension was the most prevalent disease, although pain and mental health disorders were most frequently reported. We noted that 39.2% of patients had not been to any medical consultation and 64.7% had had no nursing consultation in the last year. Family caregivers were mostly women aged between 40 and 50 years old. The gap between the health team records and the elderly reports must be highlighted as well as the fact that most of them had had no health care. These families are at the end of life, facing multiple losses. We believe that knowing their life context and the practices performed by health professionals may be useful to guide specific aid and determine actions that attend these patients' profile.

Key words: Aged; Critical Illness; Family; Family Nursing; Family Health Program.

RESUMEN

El objetivo de este estudio exploratorio-descriptivo fue describir las características socio-demográficas y de salud de las familias de ancianos frágiles atendidos en unidades de salud de la familia. Los datos fueron obtenidos a través de consulta en los registros e informes mensuales de los agentes de salud y organizados por estadística descriptiva. La mayoría de los pacientes estaba compuesta por mujeres analfabetas casadas con edad entre 70 y 79 años. La hipertensión fue la enfermedad más frecuente; sin embargo, el dolor y los trastornos de salud mental fueron las quejas más frecuentes. Se encontró que 39,2% de los pacientes no realizaron consulta médica y 64,7% no realizaron consulta de enfermería durante el último año. Los cuidadores familiares fueron predominantemente mujeres, con edad entre 40 y 50 años. Debe realizarse la disparidad entre los registros del equipo de salud y los informes de los ancianos así como el hecho de la mayoría no se hubiera dirigido a ningún servicio de salud ya que estas familias están en situación de final de vida, frente a múltiples pérdidas. Se piensa que el conocimiento del contexto de vida y la práctica realizada por los profesionales puede ayudar a guiar la asistencia específica y permite rastrear las acciones que atiendan el perfil de tales clientes.

Palabras clave: Ancianos; Enfermedad Crítica; Familia; Enfermería de la Familia; Programa de Salud Familiar.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da FMR/UNINOVE. E-mail: luciasilva@usp.br.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). E-mail: niltonmariana@terra.com.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora livre-docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: szyllit@usp.br.

Endereço para correspondência – Regina Szyllit Bousoo: USP, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05403-000, Cerqueira César, São Paulo-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A importância de investigar as questões que envolvem o envelhecimento decorre do crescente aumento nos índices das condições crônicas de saúde no País nas últimas décadas, que se deve ao processo de transição epidemiológica e ao envelhecimento populacional,¹ o que torna a população de idosos mais suscetível à ocorrência desses agravos e até mesmo a várias morbidades associadas, muitas delas em estágio avançado e terminal de evolução, predispondo o idoso e sua família a viverem em situação de final de vida no domicílio.

Entende-se que os idosos que se encontram nessa situação podem ser considerados fragilizados, visto que preenchem um ou mais critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para idoso frágil: aquele que vive em instituições de longa permanência, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente, apresenta doenças que causam incapacidade funcional, apresenta ao menos uma incapacidade funcional básica ou vive em situações de violência doméstica.²

Diante desse panorama, o cuidado aos indivíduos com doenças avançadas e terminais e suas famílias vem sendo considerado na filosofia dos cuidados paliativos, uma abordagem capaz de melhorar a qualidade de vida de todo o grupo familiar.

Reconhecer que essas famílias constituem fator importante nessa modalidade de cuidado é essencial, já que, mesmo em situações de intenso sofrimento, a família procura assumir a responsabilidade do cuidado ao seu ente com resignação e amparada no sentimento de solidariedade, promovendo, assim, o crescimento e o fortalecimento de todo o grupo.³

Em pesquisa que identificou a definição de enfermeiros de um hospital público da cidade de São Paulo sobre os cuidados paliativos, constatou-se que no discurso de apenas um deles houve a preocupação com o familiar como foco de cuidado da enfermagem.⁴

Ainda em relação à família, deve-se considerar sua preferência pelos cuidados terminais no domicílio e a tendência de mudanças na sociedade, que leva de volta às famílias a responsabilidade dos cuidados aos doentes que estão morrendo, fatores que tornam o cuidado no fim da vida uma competência necessária para os serviços de atenção primária à saúde.⁵

Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família (ESF), modalidade de atendimento à saúde inserida no âmbito da atenção primária, apresenta importante potencial no que diz respeito à sua capacidade de oferecer suporte e fortalecer as famílias fragilizadas diante de uma condição de saúde que pode ameaçar a vida de um de seus entes.

Acredita-se que o conhecimento do perfil das famílias dos idosos que se encontram nessa situação pode contribuir para que os enfermeiros, profissionais normalmente responsáveis pelas ações gerenciais no âmbito da ESF, direcionem as ações de cuidado de maneira contextualizada, de forma a atender às

necessidades e demandas específicas de cada família e, coletivamente, tracem ações que atendam às características dessa clientela.

No município do estudo, a saúde do idoso é considerada uma das prioridades para a Secretaria Municipal de Saúde, culminando em um programa específico para esse segmento da população que visa identificar os idosos fragilizados; melhorar o acesso dos idosos aos serviços de saúde; qualificar o atendimento clínico dos profissionais da rede municipal; reduzir a mortalidade prematura causada por doenças agudas e crônicas; reduzir as internações hospitalares evitáveis dos idosos; promover melhora da qualidade de vida; definir as atribuições da equipe de saúde da família na atenção ao idoso; e definir as referências para tratamento especializado do idoso.⁶

Diante do exposto, o objetivo com este trabalho é descrever as características demográficas, sociais e de saúde de famílias de idosos com doenças avançadas e terminais atendidos pela ESF de um município do interior paulista.

MÉTODO

Este estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa foi realizado em todas as unidades de saúde da ESF de um município do interior paulista localizado na região central do Estado de São Paulo, distando 235 quilômetros da capital paulista. Segundo o Sistema Municipal de Informações em Saúde (SIMIS), a ESF possuía, na ocasião do estudo, 27.565 clientes cadastrados, sendo que o número de pessoas atendidas por cada equipe variou entre 644 e 4.017, diferença justificada pelo fato de algumas equipes serem responsáveis por áreas que, apesar de pouco populosas, impõem importantes demandas ao serviço em decorrência da situação de carência social em que se encontram seus moradores.

Ressalte-se que, na ocasião do estudo, as oito unidades da ESF possuíam dez equipes de saúde da família, pois duas unidades abrigavam duas equipes cada. Nas demais, atuava uma equipe por unidade.

Do total de clientes cadastrados, 2.393 eram idosos, sendo 1.235 mulheres e 1.158 homens. A amostra da pesquisa foi constituída por 51 prontuários de idosos, atendendo ao critério de as famílias serem identificadas pela própria equipe de saúde como possuindo um idoso (com idade a partir de 60 anos) com doença avançada e sem possibilidade de cura, predispondo a família a viver por um tempo em situação de final de vida.

Os dados foram coletados entre maio e julho de 2008, por meio de consulta aos prontuários e aos relatórios mensais de visitas domiciliares realizados pelos agentes comunitários de saúde (ACSs), pelo fato de esses profissionais serem os integrantes da equipe que permanecem em contato mais frequente com as famílias no domicílio.

Utilizou-se instrumento pré-elaborado para o levantamento das características demográficas, sociais

e de saúde das famílias estudadas. Em relação ao idoso, foram identificadas as variáveis: idade, gênero, escolaridade, estado civil, ocupação, patologias de base, estado de saúde relatado pelo idoso, acompanhamento de saúde por outros serviços, total de consultas na unidade e de visitas domiciliares no último ano. As variáveis levantadas em relação às condições sociais das famílias foram: total de pessoas residentes no domicílio, renda familiar mensal, área e tipo de moradia, abastecimento de água e energia elétrica, escoamento de esgoto sanitário e destino do lixo. Buscou-se, também, identificar, nos prontuários e nos relatórios dos ACSs, informações pertinentes ao cuidador: grau de parentesco ou tipo de profissional, idade, gênero, ocupação, escolaridade e estado civil.

Os dados foram organizados por meio de estatística descritiva, com base no cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis levantadas, e analisados à luz da literatura específica sobre o tema em estudo.

Ressalte-se que a pesquisa obteve a autorização da Secretaria de Saúde do município para ser realizada e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº 725/2008), de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.⁷

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos idosos

Com relação à faixa etária dos 51 idosos, observou-se que 49% tinham entre 70 e 79 anos. Quanto ao gênero, 53% eram mulheres e 47% eram homens, sendo a maioria (55%) casada ou mantendo união estável. Nesse contexto, cabe ressaltar que a questão de gênero vem sendo amplamente destacada na literatura como um dos importantes fatores condicionantes envolvidos com o processo de envelhecimento, à qual se somam os padrões de integração social, a estabilidade econômica e a existência de miséria e pobreza. Desse modo, a assistência à saúde deve considerar essas dimensões para ser de fato resolutive.⁸

No tocante à escolaridade, 31% dos idosos eram analfabetos, 23,5% tinham até 4 anos de aprovação escolar e 23,5% tinham de 4 a 8 anos de aprovação, ou seja, 47% deles tinham o ensino fundamental (antigos primário e ginásio), achados que podem ser considerados facilitadores para ações de educação em saúde e protetores para déficits cognitivos.

Em relação às ocupações que os idosos desempenhavam antes do acometimento da doença, 20% eram idosas donas de casa, resultado semelhante ao encontrado em outras regiões do País, onde a maior parte das idosas não exercia atividade remunerada na vida adulta, predispondo-as à maior dependência econômica.⁹

Segundo os prontuários, os diagnósticos médicos em relação às patologias de base mais comuns entre os idosos

foram: hipertensão arterial (80,4%), acidente vascular cerebral (41,2%) e insuficiência cardíaca congestiva (35,3%). Esses dados assemelham-se aos encontrados entre clientes com perdas funcionais e dependência atendidos pela ESF do município de São Paulo, nos quais as doenças do aparelho circulatório e do sistema nervoso totalizaram 50% dos diagnósticos médicos.¹⁰

Já em relação ao estado de saúde percebido pelo próprio idoso ou pelo familiar, constatou-se que 76,5% apresentaram queixa de algum tipo de dor e 39,2% referiram-se a algum distúrbio de saúde mental, como tristeza, confusão mental, ansiedade, nervosismo, desânimo e medo. Assim, quando se comparou a saúde relatada pelos idosos ou familiares aos diagnósticos médicos, notou-se certo descompasso entre ambos.

A análise desse achado nos permite atentar para o fato de que, possivelmente, as “queixas” pudessem estar sendo percebidas como menos importantes, não sendo valorizadas no momento do diagnóstico. Por consequência, as condutas também tendem a ser direcionadas apenas às patologias, limitando-se a terapêutica à prescrição medicamentosa, não respondendo, necessariamente, às necessidades de idosos e familiares, que por vezes são de ordem emocional e/ou espiritual.

O total de idosos acompanhados exclusivamente pela ESF corresponde a 31,4%. Entretanto, a maioria também mantém acompanhamento de saúde em hospital-escola, ambulatório de especialidades e/ou clínica particular, sinalizando a necessidade de articulação entre os serviços, na tentativa de oferecer assistência integral e contínua.¹⁰

Com relação às consultas médicas, 39,2% dos idosos não tiveram registro de nenhum atendimento na unidade no período de um ano, de acordo com os prontuários. Menos da metade (41,2%) foi consultada de uma a cinco vezes pelo médico (GRÁF. 1), porcentagem ainda baixa, quando comparada a estudo que enfocou proposta de acesso mais equânime dos idosos a um serviço ambulatorial público no Rio de Janeiro, no qual a frequência de consultas médicas foi considerada elevada: 58,6% deles reportaram quatro ou mais consultas nos últimos 12 meses.¹¹

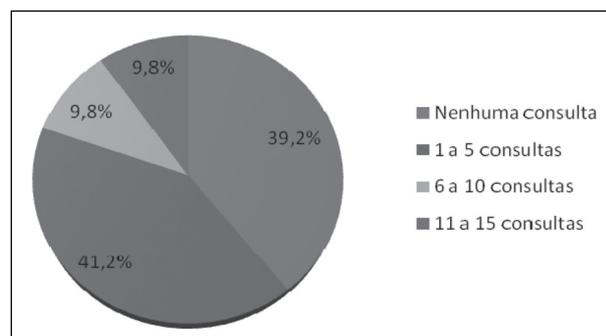


GRÁFICO 1 – Total de consultas médicas realizadas a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008

As condutas médicas mais executadas nas consultas analisadas nesta pesquisa foram: prescrição medicamentosa, para 56,7% dos idosos, solicitação de exames laboratoriais (25,5%) e encaminhamento do idoso a algum tipo de especialista (11,8%), o que, também, transparece na valorização da saúde centrada no modelo biomédico, que prioriza o uso de medicamentos para a cura das doenças e reduz a experiência de adoecimento apenas ao domínio biológico, em uma perspectiva fragmentada do cuidado à saúde.

Já 64,7% dos idosos não tiveram registro de nenhuma consulta de enfermagem no período de um ano e 31,4% passaram por um total de uma a cinco consultas (GRÁF. 2), sendo as condutas de enfermagem mais executadas: encaminhamento do idoso para avaliação médica (9,8%), orientações em relação à alimentação (7,8%) e solicitação de exames laboratoriais (5,9%), o que sinaliza que os enfermeiros também priorizam o cuidado estritamente clínico aos indivíduos que vivenciam a fase terminal de sua doença.

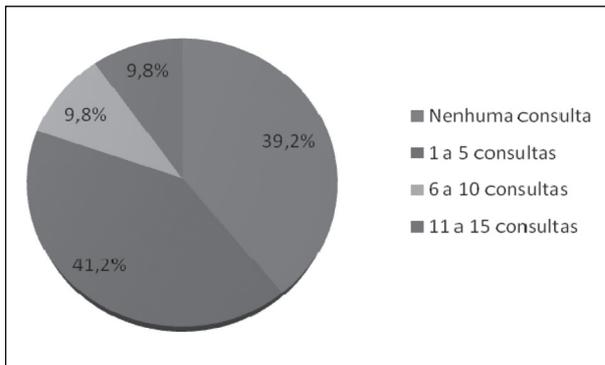


GRÁFICO 2 – Total de consultas de enfermagem realizadas a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008

Pode-se afirmar que essa mesma situação é predominante em outros países, nos quais prevalecem os estudos que focalizam o manejo clínico da doença – por exemplo, o alívio da dor mediante a administração de medicamentos.¹²

O fato de a maioria dos prontuários não ter nenhum registro de atendimentos médicos e de enfermagem no período de um ano merece ser destacado, já que, quando solicitada no início do estudo, a própria equipe identificou que essas famílias se encontravam em situação de final de vida. Considera-se esse fato bastante preocupante, visto que essa situação pode estar sendo permeada por múltiplas perdas – econômicas, dos vínculos sociais, familiares e a morte, fazendo com que mereça e deva ser cuidada por uma equipe de cuidados profissionais.

Também foi investigado o total de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais, uma vez que essa atividade também constitui uma modalidade de atendimento na ESF. Observou-se, também, que quase a metade dos

idosos (47%) teve em seus prontuários o registro de uma a cinco visitas do médico e em 43,1% dos prontuários não havia nenhum registro de visita médica realizada no período estudado (GRÁF. 3). Para os clientes que receberam visitas, as condutas mais executadas pelos médicos foram: prescrição medicamentosa para 54,9% dos idosos, orientações gerais (15,7%) e solicitação de exames laboratoriais (9,8%).

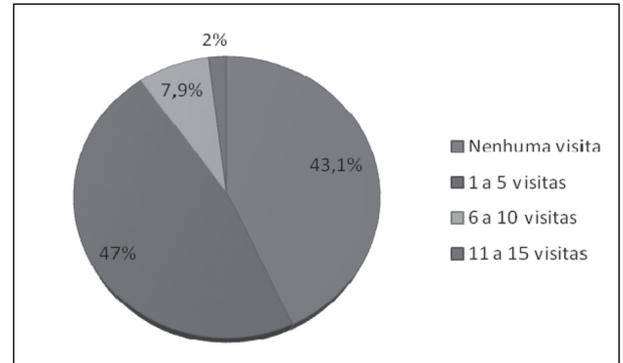


GRÁFICO 3 – Total de visitas domiciliares médicas realizadas a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008

No tocante às visitas realizadas pelo enfermeiro, mais da metade dos idosos (56,9%) parece não ter recebido nenhuma visita no período de um ano, pois não havia registro algum em seus prontuários e 43,1% receberam de uma a cinco visitas (GRÁF. 4), sendo as condutas mais comuns: aferição da pressão arterial em 11,8% dos idosos, orientações em relação à alimentação (9,8%) e em relação à medicação (7,8%).

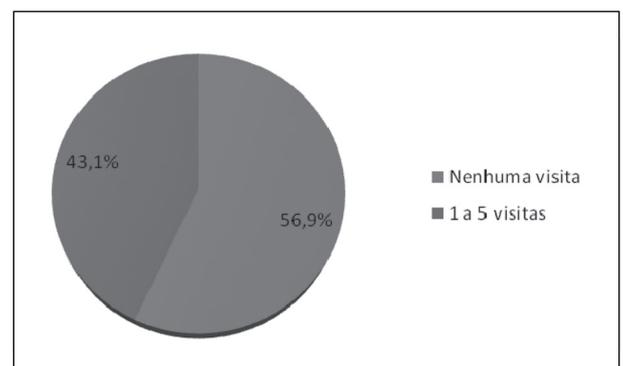


GRÁFICO 4 – Total de visitas domiciliares de enfermagem realizadas a idosos com doenças terminais na Estratégia Saúde da Família. Botucatu, São Paulo, 2008

De acordo com enfermeiros de um município do sul do País, as visitas domiciliares respondem pela maioria dos momentos em que ocorre a assistência à família, entretanto, semelhantemente à situação encontrada neste estudo, as atividades normalmente desenvolvidas por enfermeiros são de caráter assistencial e se manifestam

predominantemente por meio de orientações no âmbito preventivo.¹³

Constatou-se, também, que 35,3% dos relatórios mensais tinham registro de 11 a 20 visitas do ACS, 33,3% receberam de 21 a 30 visitas; 13,7% receberam de 31 a 40 visitas; outros 13,7% receberam de 41 a 50 visitas; 2% receberam de 51 a 60 visitas no período; e em 3,8% dos casos não foi possível fazer este levantamento, por falta de informações. Na ocasião dessas visitas, foram executadas, principalmente, as condutas: orientações em relação à medicação utilizada para 74,5% dos idosos, orientações em relação à alimentação (62,7%) e orientações direcionadas ao autocuidado do familiar responsável pelo idoso (21,6%).

Diante desses resultados, pode-se afirmar que os ACSs são os integrantes que permanecem em contato mais frequente com as famílias no domicílio e também os únicos que fazem menção, em seu relatório escrito, a algum tipo de cuidado direcionado aos familiares, mais especificamente aos cuidadores dos idosos.

Esse achado condiz com os resultados encontrados em estudo que, buscando descrever a percepção de adultos e idosos sobre a visita domiciliar, evidenciou que as ações do ACS dirigidas à família, como o questionamento sobre o estado de saúde de todos os seus componentes e o incentivo para o autocuidado, foram reconhecidas e valorizadas.¹⁴

Estudo bibliográfico recente sobre os cuidados paliativos à luz da bioética evidenciou que a inclusão da família no plano de cuidados paliativos foi uma das contribuições práticas mais enfatizadas pelos autores da área, sinalizando a importância e a necessidade de toda a equipe preparar-se para essa abordagem.¹⁵

Caracterização das famílias

Com relação ao total de pessoas residentes nos domicílios das famílias estudadas, constatou-se que 74,5% possuíam de duas a cinco pessoas, incluindo o próprio idoso, 13,7% possuíam de cinco a dez pessoas e 5,9% dos idosos moravam sozinhos. O fato de a maior parte dos idosos morar com outras pessoas sinaliza a possibilidade de ter auxílio para o desempenho das atividades da vida diária, bem como de obter suporte emocional na fase de final de vida, apoiando-se mutuamente.

A renda familiar aproximada variou entre um e cinco salários mínimos: 19,6% das famílias apresentavam renda de dois a três salários; 17,6% concentravam-se na faixa entre um e dois salários; 13,7% recebiam até um salário; 7,8% recebiam de três a quatro salários e 2% recebiam de quatro a cinco salários. Contudo, 39,3% das famílias não puderam ser caracterizadas em relação a essa variável (TAB. 1).

A maior parte das famílias estudadas (94,1%) residia em áreas urbanas do município, em residências de alvenaria, sendo que 66,7% possuíam de quatro a seis cômodos. A maioria dos domicílios era atendida pela rede pública

para abastecimento de água (92,1%), energia elétrica (94,1%), escoamento do esgoto sanitário (88,2%) e destino do lixo (94,1%).

TABELA 1 – Distribuição numérica e percentual da renda familiar de idosos com doenças terminais atendidos pela ESF. Botucatu, São Paulo, 2008

Renda familiar em salários mínimos	Nº	%
Sem informações	20	39,3%
Até 1	07	13,7%
1 – 2	09	17,6%
2 – 3	10	19,6%
3 – 4	04	7,8%
4 – 5	01	2,0%
Total	51	100,0%

Acredita-se que o conhecimento das condições econômicas e sociais em que vivem as famílias dos idosos em situação de final de vida é uma tarefa importante para o enfermeiro que atua no campo da atenção primária à saúde, visto que essas influem no estado de saúde das pessoas, podendo predispor o indivíduo à ocorrência de doenças. De maneira geral, as famílias estudadas têm acesso a condições de moradia satisfatórias, entretanto o princípio de vigilância à saúde, ou seja, a detecção precoce de pontos críticos que evidenciam as necessidades de saúde, deve sempre respaldar a assistência em saúde nesse campo.

Dos 51 idosos do estudo, 96% possuíam cuidadores para o auxílio das atividades da vida diária, sendo que alguns tinham até mesmo dois deles, fator que pode contribuir para o alívio da sobrecarga vivenciada em situações em que o doente tem um único cuidador.

Essa sobrecarga pode não ser apenas física, mas também emocional, financeira e até mesmo social, sobretudo quando os cuidadores têm sua rede de apoio social reduzida. Esses fatores reforçam e justificam a necessidade de contínuo suporte, inclusive por parte dos profissionais que atuam em cuidados paliativos no contexto comunitário.¹⁶

Dos cuidadores, 83,3% eram familiares, 5,6% profissionais e 7,4% amigos e vizinhos. A faixa etária predominante dos cuidadores (22,2%) estava concentrada entre 40 e 50 anos. Quanto ao gênero, a maioria era composta por mulheres (70,4%), casadas ou em união estável (66,7%). Dos cuidadores familiares, 37,8% eram filhas, 22,2% esposas, 11,1% noras, 8,9% filhos, 8,9% esposos, 6,7% netas, 2,2% irmãs e 2,2% cunhadas.

Esses dados demonstram que, a exemplo de outros estudos,¹⁷ os cuidadores de idosos ainda são predominantemente mulheres de meia-idade, sendo notada, entretanto, a crescente participação de homens, como esposos e filhos.

No tocante à escolaridade, quase metade dos cuidadores (42,6%) tinha de quatro a oito anos de aprovação escolar, isto é, antigos primário e ginásio, assim como constatado em outras pesquisas,¹⁵ o que reforça a necessidade de realizar atividades de educação em saúde de acordo com o nível de compreensão deles e mediante a utilização de estratégias que facilitem o entendimento das orientações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível conhecer o perfil das famílias de idosos com doenças avançadas e terminais atendidos pela ESF de um município do interior paulista. Entretanto, a deficiência quantitativa e qualitativa dos registros nos prontuários dos idosos impossibilitaram o levantamento de determinadas variáveis – por exemplo, a renda de algumas famílias e a até mesmo a identificação de quem eram os cuidadores de alguns idosos.

Outro motivo que corroborou para isso foi a dificuldade de alguns ACSs em disponibilizar os relatórios mensais. Apesar de esse prejuízo não ter sido considerado estatisticamente significativo, é um fato preocupante, visto que os relatórios constituem instrumento de trabalho que permite compartilhar dados referentes às famílias com os demais profissionais.

Merece ser destacado o descompasso encontrado entre os registros da equipe de saúde e os registros dos relatos dos idosos, aliado ao fato de a maioria não ter registro de nenhum atendimento de saúde no período de um ano, visto que essas famílias, no início do estudo, foram consideradas pela própria equipe em situação de final de vida e, portanto, necessitando de cuidados profissionais, inclusive no contexto comunitário.

O fato de este estudo ter sido realizado com base em consulta a prontuários e relatórios de visitas não permite afirmar que os atendimentos não foram realizados; entretanto, isso não exime o profissional da responsabilidade de registrá-los, contribuindo, assim, para garantir a continuidade da assistência.

De acordo com as fontes de obtenção dos dados desta pesquisa, pode-se afirmar que a abordagem dos cuidados paliativos não vem sendo praticada na ESF do município estudado.

O que se observa por parte desses profissionais, com base nos registros estudados, é que suas ações precisam ser mais bem direcionadas, em busca de uma prática mais avançada que não considere a doença de forma restrita, mas, sim, o processo saúde-doença sob o enfoque da integralidade, partindo-se da estrutura, do funcionamento e do desenvolvimento da família.

Estudos aprofundados de natureza qualitativa poderiam revelar os motivos dessa prática, mas as hipóteses levantadas mostram o despreparo dos profissionais com respeito à filosofia dos cuidados paliativos e o fato de as equipes acreditarem que não detêm mais a responsabilidade pelo cuidado a partir do momento em

que os clientes gravemente enfermos são encaminhados aos serviços de referência, como clínicas e hospitais especializados, minimizando, assim, o potencial da ESF no suporte e fortalecimento das famílias que se encontram em situações críticas e o compromisso ético com o cuidado no fim da vida.

No que diz respeito à prática de enfermagem, convém ressaltar que cuidar e gerenciar são indissociáveis. Quando o enfermeiro e a equipe acolhem os indivíduos e as famílias considerando suas dimensões biopsicossociais, a gerência é considerada um processo aberto, repleto de possibilidades no processo de trabalho em saúde.¹⁸

Diante desse importante papel gerencial assumido pelo enfermeiro, recomenda-se que se busque viabilizar medidas para garantir o acesso mais integral e equânime dessas famílias ao atendimento pelas equipes profissionais no âmbito da atenção primária à saúde, por meio de planejamento e do estabelecimento de prioridades.

Destaque-se que os dados encontrados neste estudo foram apresentados à Secretaria Municipal de Saúde e contribuíram para impulsionar a construção de um protocolo de atendimento integral ao idoso, incluindo, portanto, a família no plano de cuidados, sendo que uma das autoras foi convidada a participar da construção desse plano. Tal protocolo será elaborado tendo como prioridade a identificação dos idosos fragilizados e suas famílias, a otimização do acesso aos serviços de saúde e a qualificação dos profissionais da rede municipal para o atendimento integral às famílias de idosos.

Reforçam-se algumas sugestões para fortalecer os cuidados familiares na ESF, com base em evidências de estudos anteriores:

- reconhecer a singularidade da relação estabelecida na família refletida por meio da solidariedade e da interdependência, permitindo que os profissionais também exerçam seu trabalho pautados na solidariedade;³
- aprofundar e ampliar as pesquisas que privilegiam o processo saúde-doença na perspectiva da família;¹⁹
- buscar respaldo na literatura científica e adotar instrumentos pertinentes para o desenvolvimento de habilidades para realizar a abordagem familiar;¹⁹
- propor intervenções de ajuda em parceria com a família, para a melhoria da qualidade de vida familiar;¹⁹
- conhecer a experiência dos profissionais que lidam com o desafio de cuidar de famílias que vivenciam a trajetória de doenças avançadas e terminais no idoso, qualificando recursos humanos para estas situações na própria comunidade;²⁰
- desenvolver uma relação de confiança com a família e com o idoso;²⁰
- promover apoio para o acesso a recursos e para o manejo de contingências específicas das situações de final de vida na comunidade;²⁰
- estimular espaços de troca de experiências relacionadas ao envelhecimento, à morte e ao morrer entre os profissionais.²⁰

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
3. Silva L, Bocchi SCM, Bousso RS. O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. *Texto & Contexto Enferm.* 2008 abr./jun; 17(2). [Citado 2009 mar. 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/11.pdf>.
4. Teixeira MB, Diamante LM. Palliative care: knowledge and feelings of the nurse working in internal medicine and infectious and contagious diseases units of a general hospital: a qualitative study. *Online Braz J Nurs.* 2008 nov; 7(3). [Citado 2008 dez. 06]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2008.1914/423>.
5. Stanton RN. Ambulatory hospice training in family medicine residency. *J Palliat Med.* 2003 Oct; 6(5):782-5.
6. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Saúde do Idoso: uma prioridade para a secretaria Municipal da Saúde de Botucatu. Botucatu (SP): Secretaria Municipal da Saúde; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
8. Veras RP, Caldas CP. Produção de cuidados à pessoa idosa [editorial]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008 jul./ago; 13(4): 1104.
9. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5):757-68.
10. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer MFF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF do município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(4):619-28.
11. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública.* 2003 maio./jun; 19(3):705-15.
12. Azoulay D, Hammerman-Rozenberg R, Cialic R, Ein Mor E, Jacobs JM, Stessmant J. Increasing opioid therapy and survival in a hospice. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Jan; 56(2):360-1.
13. Marcon SS, Lopes MCL, Lopes MB. Facilities and difficulties observed by nurses in assisting families Online *Braz J Nurs.* 2008 mar; 7(1). [Citado 2008 dez. 06]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1224/315>.
14. Lima AN, Silva L, Bousso RS. A visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. *Anais da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família.* Brasília; 2008.
15. Ferrari CM, Silva L, Paganini MC, Padilha KG, Gandolpho MA. Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. *Bioethikos* 2008; 2(1):99-104.
16. Stoltz P, Lindholm M, Udén G, Willman A. The meaning of being supportive for family caregivers as narrated by registered nurses working in palliative home care. *Nurs Sci Q.* 2006 Apr; 19(2):163-73.
17. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana WSS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm.* 2006 out-dez; 15 (4):570-7.
18. Bocchi SCM, Silva L, Juliani CMCM, Spiri W. Family visitors and companions of hospitalized elderly and adults: analysis of the experience from the perspective of the nursing working process. *Rev Latinoam Enferm.* 2007 abr; 15(2). [Citado 2009 mar. 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a17.pdf>.
19. Silva L, Bousso RS, Galera SA. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Rev Bras Enferm.* 2009 ago; 62(4). [Citado 2009 jan. 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/06.pdf>
20. Bousso RS, Silva L, Bocchi SCM. End of Life Issues for the Elderly in Brazil. *The Forum*; 2010.

Data de submissão: 13/7/2009

Data de aprovação: 5/3/2010