



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

WILLIAN SILVA SERRA

IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS NO CUIDADO A PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

DOURADOS-MS

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

WILLIAN SILVA SERRA

IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS NO CUIDADO A PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Elaine Aparecida Mye Tamakatu Watanabe.

DOURADOS-MS

2014

Serra, Willian Silva,

Implicações Bioéticas no Cuidado a Idosos Atendidos em Unidades Básicas de Saúde/Willian Silva Serra. Dourados, MS: UEMS, 2014.

Monografia (Graduação) – Enfermagem- Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2013.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Aparecida Mye Tamakatu Watanabe.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Willian Silva Serra

Implicações Bioéticas no Cuidado a Pacientes Idosos Atendidos em Unidades Básicas
de Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual de
Mato Grosso do Sul – UEMS, como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Elaine Aparecida Mye Tamakato Watanabe – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Prof^ª. Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Prof^ª. Msc. Ana Lúcia Marran – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Dedicatória

À minha mãe, minha irmã e minha avó, a razão para que eu chegasse até aqui. Aos meus amigos, Roberta, Thaís, Nathália, Joseane, Ivson e Caio, pela amizade incondicional que sempre dedicaram a mim. Às companheiras e amigas de luta, Renata, Jéssica e Sigrid, por compartilharem desse sonho juntos. Às queridas e eternas orientadoras, Lourdes Misso e Elaine Watanabe, por acreditarem que de mim poderia surgir algo de valor.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a Deus é pouco, perto do que sempre me proporcionou, desde minha vinda para Dourados, minhas dificuldades, minhas alegrias, tristezas e vitórias. Jamais serei merecedor de tanto amor.

À minha família, que do seu jeito, acreditou desde o princípio que eu pudesse alcançar grandes rumos, sendo fundamental para que eu chegasse até aqui. À minha amada mãe, que desde meu nascimento, nunca mediu esforços para proporcionar a mim uma vida digna, sem que nada faltasse, e apesar das diversas provações das quais passamos, sempre esteve forte, sendo meu maior exemplo. À minha avó, que com tanto amor, sem sua presença em minha vida nada disso seria possível. À minha irmã, por ter acreditado que eu conseguiria, apesar da saudade. Ao meu falecido avô, que por seus valores, ajudou a me transformar no homem que sou hoje. À minha tia Pat, que através dos seus atos, e por sua enorme força, ajudou a construir uma estrutura sólida em minha personalidade. À vocês, todo o amor do mundo.

Aos meus amigos, Roberta, Thaís, Joseane, Nathália, Ivson, Caio, Ernan e Herson tão amados e tão presentes apesar da distância, obrigado por acreditarem e incentivarem essa aventura que foi minha vinda para Dourados. Aos queridos irmãos que conquistei em Dourados, Renata, Jéssica, Sigrid e Thiago, obrigado por serem tão fiéis e terem sido minha família aqui.

Um agradecimento especial à minha amiga Renata, pelo companheirismo e cumplicidade, pelas horas sem dormir na construção de nossos trabalhos, e por tudo o que fez por mim durante a realização da pesquisa e em minha vida em Dourados.

À querida professora Lourdes Missio, que me recebeu tão bem, e acreditou que um acadêmico do primeiro ano, recém chegado na faculdade pudesse ter algum potencial. Às minhas supervisoras de estágio, Ana Lúcia Marran e Viviane Carrasco, por suas palavras e incentivos diante da realidade da profissão, e por tolerarem meus pequenos atrasos. À minha orientadora Elaine Watanabe, que acreditou nesta pesquisa, mesmo não sendo de sua área, trabalhar com você foi uma das melhores coisas que me aconteceu na academia, por ter me transmitido tanta ética e disciplina, obrigado pelos puxões de orelha.

Aos enfermeiros André, Rosângela e Edmea, que sempre me receberam tão bem em suas unidades, e com isso, colaboraram efetivamente na realização desta pesquisa. E

com grande carinho, agradeço aos diversos agentes comunitários de saúde que fazem parte das equipes das unidades de saúde do Izidro Pedroso e do Jardim Colibri, sua recepção, apoio, e colaboração foi de suma importância para esta pesquisa, que Deus os abençoe e os guie em seus caminhos.

E a todos que torceram e colaboraram direta e indiretamente na realização deste trabalho, com simples gestos, simples palavras de força e incentivo, muito obrigado.

Olhe para as estrelas, veja como elas brilham para você...

Guy Berryman - Coldplay

RESUMO

Com o passar dos anos, aumentou a qualidade de vida da população em todo o mundo. Diante disso, os idosos, continuam a enfrentar diversos agravos de saúde, expressos em doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, que são as duas doenças crônicas que mais os atingem. Em virtude disso, alguns programas foram criados pelo Ministério da Saúde do Brasil com o intuito de colaborar na prevenção e nos cuidados destes pacientes. Essas discussões sobre cuidado, estão diretamente intrincadas com os princípios da Bioética, de extrema relevância ao relacionar a realização de cuidados aos idosos. O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção da autonomia, respeito e dignidade de idosos participantes do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* (HIPERDIA) de duas unidades básicas de saúde (UBS) compostas por quatro equipes de saúde da família (ESF), do município de Dourados/MS. Pesquisa qualitativa, descritiva, de caráter transversal, que foi desenvolvida no período de agosto de 2013 a julho de 2014. Os dados foram coletados através de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas que foram abordadas a partir da metodologia de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram trabalhados a partir de três categorias. Pôde-se observar a grande necessidade de se respeitar aspectos envolvendo a autonomia, o respeito às suas condições e quanto à dignidade no tratamento dos entrevistados. Os idosos não exercem um direito fundamental do ser humano em seu tratamento, a autonomia. Além disso, são respeitados somente em relação às suas necessidades físicas, sem que sejam respeitados, em toda sua essência. Quanto à dignidade no tratamento, não são atendidos em sua totalidade, expressos em visitas domiciliares, acesso aos medicamentos, por exemplo. Com isso, conclui-se que não se pode promover, prevenir e proteger a saúde de um indivíduo, sem que seja preservada sua autonomia; sem que haja respeito na relação cuidador-cuidado; e sem que o tratamento seja integral, amplo, em outras palavras, seja realizado com dignidade. Portanto, foram observadas implicações bioéticas referentes aos princípios norteadores deste estudo.

Palavras-chave: Saúde do idoso, bioética, saúde pública.

ABSTRACT

Through the time, the life expectancy of the world's population has increased. People's lives are longer but with little life quality. Therefore, the elderly people, continue to face many health problems, expressed in lots of chronic diseases. Hypertension and diabetes *mellitus* are the two chronic diseases that most affect them, because of that, several programs have been created by the Ministry of Brazilian Health in order to help in the prevention and care of those patients. These discussions about care are directly connected with the principles of bioethics, that are extremely important when is considered the elderly care, aimed to find the perception of autonomy, respect and dignity of elderly participants in the reorganization plan of care for hypertension and diabetes *mellitus* (HIPERDIA) of two basic health centers (BHC) composed of four groups of Saúde da Família (FHS), In the city of Dourados/MS. The survey was conducted from August 2013 to July 2014. Followed the ethical standards of research with resolution 196/96 of the National Health Council, and it was approved by the Research Ethics Committee (REC) / UFMS, and obtained permission from the Department of Health Dourados – MS. The total group studied consisted of 18 elderly. Data were collected through recorded interviews and then they were transcribed after that they were observed following the methodology of content analysis of Bardin. As a result, it was observed the great need for greater involvement of those people in regard to their treatment, particularly regarding to autonomy in decisions about treatment possibilities. Moreover, it became clear that those people have no monitoring assistance outside of BHC to ensure comprehensive care, and they have lack of information and guidance that are actually relevant to the lives of that population.

Keywords: Elderly health, bioethics, public health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.2. Objetivo Geral	15
1.3. Objetivos Específicos	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1. Bioética.....	16
2.2. O Envelhecimento no Brasil.....	17
2.3. Programa de Saúde da Família (PSF).....	19
2.4. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes <i>Mellitus</i>	20
3. METODOLOGIA.....	23
3.1. Delineamento da Pesquisa	23
3.2. Amostra da Pesquisa.....	23
3.3. Coleta e Análise de Dados.....	24
3.4. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
4.1. A Autonomia do Idoso no Atendimento do Profissional de Saúde.....	26
4.2. Percepções quanto ao Acolhimento e Interesse da Equipe.....	29
4.2.1. Sentimento quanto ao Atendimento Recebido na Unidade Básica de Saúde... 30	
4.3. Dignidade no Tratamento	32
4.3.1. Informações e Orientações sobre suas Doenças Recebidas na UBS	32
4.3.2. Acompanhamento além da UBS.....	35
4.3.3. Acesso aos Medicamentos.....	36
5. CONCLUSÕES.....	39
6. REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO HIPERDIA	45
APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	47
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	48
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO CEP	50

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

E: Entrevistado

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HIPERDIA: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Mato de Grosso do Sul

PNSPI: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF: Programa Saúde da Família

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UEMS: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo dados sociodemográficos e UBS. Dourados, 2014..	255
Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo dados sobre o tema. Dourados, 2014.....	26

1. INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, tem-se verificado um aumento na expectativa de vida da população em todo o mundo. Diante disso, os idosos, parcela da população que mais tem crescido ultimamente, continuam a enfrentar diversos agravos de saúde, expressos em diversas doenças crônicas, sem avançar de forma conjunta na melhoria da perspectiva de vida.

A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são as duas doenças crônicas que mais acometem esses idosos. Com isso, no Brasil, foi criado um programa pelo Ministério da Saúde (MS), com o intuito de colaborar na prevenção e nos cuidados desses pacientes, tendo em vista, principalmente, a diminuição dos agravos e a melhoria da qualidade de vida, o HIPERDIA.

As ações desenvolvidas por programas, em especial o HIPERDIA, devem maximizar a atenção, educação e promoção de saúde dedicada ao idoso, considerando os princípios da bioética, para que ocorra um atendimento ético e efetivo.

Aliado a esse processo de construção de meios para a diminuição da incidência da hipertensão e do diabetes, surge a figura dos profissionais de saúde, em especial, o Enfermeiro, numa perspectiva de educação e assistência em saúde que tem como foco o público idoso.

1.2. Objetivo Geral

- Conhecer a percepção da autonomia, respeito e dignidade de idosos participantes do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* (HIPERDIA) de uma amostra de unidades de ESF do município de Dourados/MS.

1.3. Objetivos Específicos

- Conhecer sobre a percepção do idoso quanto a autonomia no processo do seu tratamento.
- Verificar como os idosos sentem-se diante o atendimento que recebem na UBS.
- Identificar como os idosos percebem seus direitos relacionados a saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Bioética

O termo Bioética é um neologismo construído a partir das palavras gregas *bios* (vida) + *ethos* (ética) (AZEVEDO, 2010).

Até há pouco tempo, as questões relacionadas com o processo de envelhecimento em seus aspectos éticos e morais recebiam pouca atenção, talvez porque as pessoas se recusassem a admitir o emergente e acelerado processo de envelhecimento populacional. Além dos aspectos médicos, psicológicos e sociais envolvidos no atendimento de pacientes idosos, outras questões podem ser levantadas. A bioética pode ser a “ferramenta” para identificar, analisar e resolver os problemas que surgem no cuidado ao ser humano que envelhece (GANDOLPHO E FERRARI, 2006).

Entretanto, a Bioética é um dos tantos fenômenos criados pela cultura para lidar com a complexa combinação de uma revolução científica, e da crise de valores advindas das transformações sociais profundas. Portanto, a Bioética é um fenômeno instituído na cultura que se iniciou a partir da segunda metade do século XX, tornando-se um evento cultural, pois se universalizou rapidamente, fazendo com que filósofos, cientistas, religiosos, profissionais, enfim a sociedade como um todo, pudesse pensar ou repensar os valores humanos (COHEN, 2008, p.473).

Carvalho e Silva e Caldas (2009), conceituam a Bioética, como sendo o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados de saúde.

A Bioética é extremamente relevante nas discussões que abordem os direitos e a dignidade dos idosos na medida em que suas interfaces estão contidas no processo saúde-doença desse grupo. Além disso, um aprofundamento no estudo da Bioética, é entendido como garantia da universalidade do acesso à saúde, à integralidade e a uma assistência de enfermagem de forma efetiva. Esses temas, quando tratados à luz da Bioética, nada mais tendem do que compreender e auxiliar a prática biomédica, que refletirão na população como um todo (CAMACHO E COELHO, 2013).

Diante do exposto, ao se tratar de Bioética, que nada mais é do que a ética, entendida de forma tradicional, aplicada ao âmbito específico médico-biológico, deve-se ter em mente que independente do que se relacionar à saúde do público em voga, deve ser analisado tendo esses preceitos respeitados (MORI, 1994).

A esse respeito, é importante destacar a autonomia e a ética com que são tratadas as questões relevantes aos idosos. Pontos que estão intimamente relacionados com os princípios da Bioética, que são o respeito da autonomia, beneficência, não maleficência

e justiça. Princípios estes, que são de extrema importância ao relacionar a realização de cuidados à figura do idoso (BEAUCHAMP E CHILDRESS 2002).

A autonomia, palavra derivada do grego *auto*, que quer dizer “próprio”, e *nomos*, referindo-se às normas, lei, é a capacidade que um ser humano tem de tomar decisões que afetem sua vida, dentro de todos os seus aspectos, principalmente, na saúde. Ser autônomo é ter liberdade de pensamento, livre de qualquer tipo de coações e poder optar diante das propostas que lhes são apresentadas. É um princípio de liberdade moral que deve ser respeitado por todos os que possuem opções morais divergentes (OLIVEIRA, et al., 2012).

Outro princípio que tange à bioética no tratamento voltado ao idoso é o de dignidade, que segundo Carrato (2008), é o reconhecimento dos direitos fundamentais do homem, como o direito à vida, à liberdade, à integridade física, além de outros.

E ainda, a Bioética, tem se preocupado em mediar os inúmeros dilemas advindos do cotidiano das práticas em saúde, bem como do desenvolvimento tecnológico, e as novas formas de cuidados e assistência, extremamente indispensáveis no processo de promoção de saúde ao público idoso (SEOANE, 2007).

Como suporte aos aspectos bioéticos nos cuidados aos idosos, a Política Nacional de Humanização, apresenta uma iniciativa de valorizar as práticas de atenção e gestão, respeitando cada cidadão em sua individualidade e direitos, preservando sua autonomia, o tornando protagonista das práticas de atenção à saúde. Este ponto é essencial na prestação de assistência ao idoso, porém, ainda não é exercida em sua totalidade nos serviços de saúde brasileiros (BRASIL, 2003a; SILVA E BORGES, 2008).

Almeida e Aguiar (2011), ressaltam a importância das ações de cuidado ao idoso, ao afirmar que quando pautadas na bioética vão apresentar diversas vantagens nessa assistência, como a participação efetiva do idoso, a valorização de suas experiências e principalmente, o incentivo ao profissional que cuida, na busca da responsabilização, ao criar inúmeras condições para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

2.2. O Envelhecimento no Brasil

O envelhecimento é um processo universal que pode ser entendido por uma redução das atividades funcionais e que levam continuamente à construção de políticas públicas para uma perspectiva e um prognóstico de vida favorável para algumas enfermidades com as quais os idosos lidam (CAMACHO E COELHO, 2010).

Em 2003, o número de pessoas com 60 anos ou mais correspondia a 600 milhões de pessoas e ultrapassará o número de 1,2 bilhões até 2015 no mundo, sendo a maioria vivendo em países em desenvolvimento. Em outras palavras, é um fenômeno natural, vivido globalmente, e apresenta diversas características que perpassam por esse momento, e atualmente esse aumento da expectativa de vida das pessoas tem se elevado anualmente. (BRASIL, 2010).

No Brasil, os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) representam 8,6% da população total do país. De acordo com o IBGE, (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), na década de 1990 para os anos 2000, a população da chamada “terceira idade” cresceu 17%. Em 2010 o país possuía cerca de 20 milhões de idosos, e perspectivas indicam que em 2025, esse número deve atingir 32 milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

Inúmeros fatores colaboram no processo de envelhecimento da sociedade, pois o envelhecer não é apenas um fenômeno etário, social e biológico imediato, não se consolida de uma só vez, ele emerge de diversos determinantes sociais, como exemplo, a redução da taxa de fecundidade, que vem acontecendo no Brasil desde a década de 1970 (COSTA, 2005).

Neste contexto, foi criado Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), com o objetivo de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, que aborda vários itens, como Do Acesso à Justiça, Das Medidas Específicas de Proteção, Da Política de Atendimento ao Idoso e dos Direitos Fundamentais, no qual o Direito à Saúde está inserido, assim é garantido o acesso do idoso à saúde. É importante salientar que em seu Capítulo IV, do Direito à Saúde, é firmado que a atenção integral à saúde do idoso, deve ser realizada através de ações e serviços, que devem girar em torno da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, além de incluir a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente a essa população.

Algumas das ações do Estatuto do Idoso são a de garantir a esse público o direito de acesso à uma unidade geriátrica de referência, atendimento domiciliar e acompanhamentos, internação com acompanhante, fornecimento gratuito de medicamentos e direito a optar pelo tratamento quando com domínio de suas faculdades mentais (SILVA E BORGES, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que também envolve discussões a respeito dos idosos, tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, ao direcionar medidas coletivas e

individuais de saúde em concordância com os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Sendo assim, como afirmam Costa – Lima e Veras (2003), é necessário que se encontrem meios de forma justa e democrática para que haja equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país, principalmente ao se tratar de questões acerca da saúde.

2.3. Programa de Saúde da Família (PSF)

Em meio a isso, surge um forte aliado na construção do cuidado à terceira idade, o Programa de Saúde da Família (PSF), que foi criado no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, em que substitui o modelo médico-hegemônico, baseando-se na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam em risco a saúde da comunidade, por meio de ações programáticas e intersetoriais, com a participação da comunidade (FRANCO E MERHY, 2004).

Tendo propostas concretas para a mudança do modelo assistencial tradicional, o PSF prioriza ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde junto à comunidade. Procurando estabelecer uma relação permanente entre os profissionais de saúde, os indivíduos e as famílias, por meio de um atendimento humanizado que busca resolver os problemas de saúde mais frequentes, e que assume um conceito ampliado da atenção básica, e busca um sistema de saúde integrado, caminhando em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (SEOANE, 2007).

A Bioética e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) são domínios teórico-práticos capazes de unir a clínica e a saúde pública, sendo consideradas, por analogia, como genuínas *pontes*. A Bioética alude aos problemas morais que emergem da intervenção humana em diferentes campos, com destaque para aqueles inerentes às relações estabelecidas em todos os níveis da atenção à saúde. Enveredar-se nessa temática requer o auxílio de conceitos fundantes da ética, vez que os aspectos éticos da atenção à saúde nem sempre são visíveis aos gestores, usuários e trabalhadores da área de saúde e, ao final, interferem direta e indiretamente na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (VIDAL, 2014, p. 348).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, afirma em seus princípios fundamentais que o profissional deve respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, prestando a assistência de forma qualificada e completa, ou seja, amplia sua responsabilidade em meio aos cuidados que devem ser prestados à comunidade. Dessa forma, com o surgimento do PSF, cresce a atuação do

profissional de Enfermagem em Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo de extrema importância o cumprimento do que está previsto no código.

O Enfermeiro, junto ao PSF, deve desenvolver atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e da comunidade, procurar contribuir para a adesão do paciente ao tratamento. O idoso, em especial, necessita ser estimulado pelos profissionais de saúde a manter uma vida independente, adaptando-se da melhor forma possível às modificações exigidas para o controle metabólico. As ações educativas terão muito a contribuir para uma melhor qualidade de vida, entretanto, algumas questões devem ser consideradas para se obter resultados efetivos, como a fase do ciclo vital e suas peculiaridades nas quais o idoso se insere (FAEDA E LEON, 2006).

Com isso, o desafio do enfermeiro na rotina dos PSF é atuar em uma prática educativa que leva os indivíduos, nesse caso, os idosos, à auto avaliação e mudança da sua ação em algo criativo, democrático e cidadão, respeitando seus princípios baseados na moralidade e na ética (BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Com essa reorganização do modelo assistencial brasileiro, houve um processo de territorialização e cadastramento da clientela, onde as Estratégias de Saúde da Família começaram a trabalhar com território de abrangência definido e foram responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área, e conseqüentemente, o cadastro dos inúmeros idosos pertencentes a essas áreas (SANTANA E CARMAGNANI, 2001).

2.4. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

As doenças crônicas podem representar uma ameaça aos projetos de vida para quem encontra-se diante de tal diagnóstico, principalmente quando são idosos. As pessoas com esse tipo de doença são forçadas a manter controle rigoroso no seu estilo de vida, além da vigilância constante sobre os sinais e sintomas que, se não controlados, podem levar a situações graves e até à morte (TRENTINI et al., 2005).

Sendo assim, doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes, as mais presentes na realidade da terceira idade, fazem com que essa população recorra aos serviços de saúde de forma a buscar atendimentos que melhorem sua qualidade de vida e possam atenuar sinais e sintomas apresentados em suas rotinas diárias. Inerente a isso, a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde,

bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial, aproximando o idoso dos cuidados básicos, frente aos agravos que Hipertensão e o Diabetes podem ocasionar (BRASIL, 2000). Isso faz com que a atenção dedicada aos que buscam esses serviços seja realizada de forma compromissada com a prevenção e a promoção de saúde entre eles.

Com o intuito de minimizar os danos decorrentes de tais afecções, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* e criou o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), implantado em todas as Estratégias de Saúde da Família (SANTOS E MOREIRA, 2012).

O plano tem como objetivo o controle de duas das doenças de grande impacto na população, principalmente a idosa, a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus*, que apesar de serem doenças de baixa gravidade, caracterizam-se por sua cronicidade, além de serem fatores de risco para um grande número de morbidades cardiovasculares, aos quais geram enormes danos socioeconômicos para o país, Carvalho et al., (2012). Eles partem do pressuposto de que no Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de hipertensão e diabetes podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde.

Diante disso, o idoso torna-se o protagonista central, sendo ele o principal interessado por mudanças e consequentes melhorias, portanto, a discussão sobre o seu destino deve estar imbricada nos aspectos do momento no qual está vivendo, seja psicológico ou terapêutico. Acerca disso, a enfermagem, como sendo uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa e, bastante atuante na promoção de saúde aos idosos, tem deveres e obrigações ampliados para com essa parcela da população. A postura profissional dos enfermeiros diante do paciente deve ser a de considerar as responsabilidades técnico-científicas incluindo a necessidade de estreitamento de uma conduta humanizada, que merece atenção como seu valor intrínseco. Este é o marco do princípio da autonomia, pois representa o respeito à pessoa com suas convicções e crenças (OLIVEIRA E ALVES, 2010).

Desse modo, os grupos formados através do plano, facilitarão o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na autoestima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade. A atenção desenvolvida em grupos pode contribuir na

promoção, proteção e controle dessas situações, colaborando excessivamente na lida diária com a hipertensão e o diabetes por parte desses idosos (GARCIA et al., 2006).

A autonomia do idoso e a ética com que ele é assistido são imprescindíveis na construção de medidas de assistência, e servem como pontos de reflexão referentes ao atendimento de suas principais necessidades básicas, de seu acesso à saúde e outros serviços que devem ser prestados com qualidade.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e abordagem qualitativa que foi desenvolvida no período de agosto de 2013 a julho de 2014.

A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2006).

A pesquisa foi realizada com idosos cadastrados no programa HIPERDIA das unidades de saúde supracitadas, e suas respectivas equipes.

De acordo com o IBGE (2013), a população de idosos na cidade de Dourados era de 10.228 na faixa de 60 a 69 anos, e 7361, de 70 anos ou mais, totalizando 17.589 idosos.

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde do Jardim Colibri e do Izidro Pedroso, com as Equipes de Saúde da Família 29 do Jardim Colibri, e 30, 31 e 32 do Izidro Pedroso, de Dourados/MS.

Para inclusão na pesquisa, os participantes-voluntários deveriam ser homens ou mulheres com 60 anos ou mais, portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, e efetivamente cadastrados no plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* (HIPERDIA).

Como exclusão para participação da pesquisa, seguiram os seguintes critérios: ser portador apenas de hipertensão arterial ou apenas de diabetes *mellitus*, e ser de etnia indígena.

3.2. Amostra da Pesquisa

Durante a pesquisa a amostra contou com 18 idosos entrevistados voluntariamente, dentre eles 14 mulheres e 4 homens. Dentre os quais, 15 dos entrevistados afirmaram estar cadastrados na UBS do Izidro Pedroso, enquanto 3, na UBS do Jd. Colibri.

Foi utilizada a amostragem não probabilística e por saturação, que segundo Fontanella et al., (2008) serve para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, muito utilizada em pesquisas qualitativas de Saúde. O autor, define a saturação teórica como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, uma certa

redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados para a pesquisa.

Em outras palavras, a amostragem por saturação é definida quando não são mais encontrados dados relevantes que irão desenvolver a pesquisa, de acordo com os objetivos propostos. Sendo assim, o pesquisador poderá interrompê-la e iniciar a análise dos dados (GLASER E STRAUSS, 1967).

3.3. Coleta e Análise de Dados

Inicialmente, foi aplicado um pré-teste com dez pessoas do público alvo, com o intuito de verificar a objetividade da entrevista. Posteriormente, a coleta de dados aconteceu nas visitas ao HIPERDIA, que ocorriam no período matutino em um dia específico da semana nas ESF 29, 30, 31 e 32, e em visitas domiciliares no período de outubro de 2013 a junho de 2014.

Os dados foram coletados através de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, que foram analisadas a partir da metodologia de análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977), é constituída por um conjunto de estratégias metodológicas que asseguram a objetividade, a sistematização e influências aplicadas a discursos diversos.

Foi utilizado um questionário semiestruturado que continha questões sociodemográficas, para se obter a identificação dos idosos participantes da pesquisa (Apêndice A), questões de saúde e questões abertas para melhor obtenção das respostas, que visaram levantar a percepção dos idosos quanto à sua autonomia, respeito e dignidade na assistência de saúde recebida nas UBS, conforme instrumento de coleta de dados (Apêndice B).

3.4. Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa atendeu as normas éticas de pesquisa conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)/UFMS através da Plataforma Brasil com o número: 545.620 de 27/02/2014 (Anexo 1), e com a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes (Apêndice C).

Os participantes foram identificados com as letras E, seguidos por números, de acordo com a sequência na qual foram transcritas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao verificar a tabela 1, pode-se notar que a maioria dos idosos entrevistados pertence ao sexo feminino. Por apresentar três ESFs, a UBS do Izidro Pedroso apresentou maior porcentagem de participantes. De forma geral, a maioria dos idosos estudou o ensino fundamental incompleto; é de casados; aposentados; são seus próprios responsáveis financeiros; recebem de um a três salários mínimos; e residem com três pessoas ou mais.

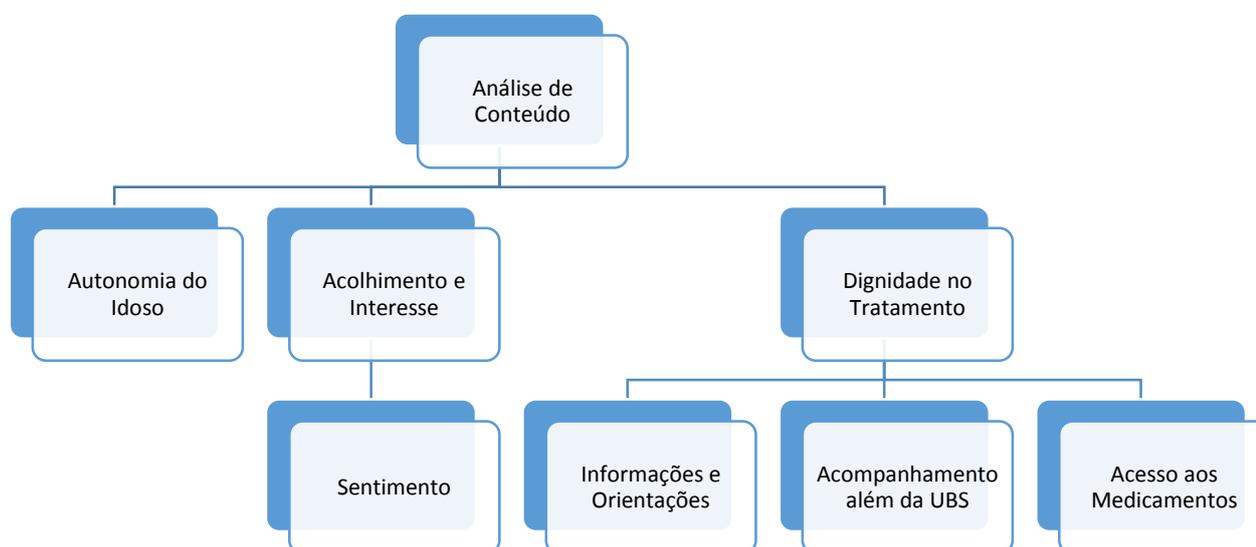
Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo dados sociodemográficos e UBS. Dourados, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
Feminino	14	77,7%
Masculino	4	22,2%
UBS		
Izidro Pedroso	15	83,3%
Jardim Colibri	3	16,6%
ESCOLARIDADE		
Analfabetos	5	27,7%
Ensino Fundamental Incompleto	8	44,4%
Ensino Fundamental Completo	1	5,5%
Ensino Médio Completo	2	11,1%
Ensino Superior Completo	2	11,1%
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casados	8	44,4%
Viúvos	6	33,3%
Desquitados	3	16,6%
Solteiros	1	5,5%
SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA		
Aposentados	10	55,5%
Trabalham	3	16,6%
Pensionistas	3	16,6%
Não se enquadra	2	11,1%
RESPONSÁVEL FINANCEIRO		
Os mesmos	15	83,3%
Outros	2	11,1%
Não relatou	1	5,5%
RENDA FAMILIAR MENSAL		
1 a 2 salários mínimos	10	55,5%
2 a 3 salários mínimos	1	5,5%
Acima de 5 salários mínimos	3	16,6%
Não relataram	4	22,2%
MORADORES DA CASA		
Moram sozinhos	3	16,6%
Com uma pessoa	4	22,2%
Três ou mais	11	61,1%

Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo dados sobre o tema. Dourados, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
HISTÓRIA FAMILIAR		
Hipertensão	4	22,2%
Diabetes	1	5,5%
Outras	8	44,4%
Hipertensão e Diabetes*	5	27,7%
OUTRAS PATOLOGIAS		
Respiratórias	-	-
Cardiovasculares	5	27,7%
Renais	-	-
Outras	13	72,2%
TRATAMENTO		
Medicamentoso	8	44,4%
Nutricional	-	-
Todos	10	55,5%
Nenhum	-	-
USO DO MEDICAMENTO		
Sim	18	100%
Não	-	-

Os resultados foram trabalhados a partir de três categorias, que correspondiam aos princípios éticos previamente inseridos no objetivo geral da pesquisa. Dessa forma, as categorias são:



4.1. A Autonomia do Idoso no Atendimento do Profissional de Saúde

Para tal análise, é muito importante mencionar os princípios englobantes da Bioética, tais princípios fundamentais são chamados “Trindade Bioética”: a beneficência,

a autonomia e a justiça. A articulação dos mesmos dá-se pelo profissional (beneficência), paciente (autonomia) e sociedade (justiça) (BOEMER E SAMPAIO, 1997).

Saquetto (2013), defende a ideia de que pessoas idosas autônomas tem sua capacidade para se recuperar dos agravos de saúde e aperfeiçoar sua longevidade ampliadas.

Ao longo do tempo muitos profissionais de saúde têm desempenhado um modelo extremamente paternalista de atendimento, em que assumem um papel de autoridade, postura considerada inadequada frente às constantes discussões dos direitos do paciente na participação do seu processo de tratamento. É nesse ponto em que o critério da autonomia se insere, já que está indissociável à capacidade que tem a racionalidade humana de tomar suas próprias decisões, nesse caso, representados na figura dos idosos (BOEMER E SAMPAIO, 1997).

De acordo com o relato da maioria dos idosos entrevistados, os mesmos agem apenas como receptáculo da informação que está sendo transmitida a ele. Em outras palavras, apenas ouvem o profissional que o atende, e com isso, aceitam sem discutir, sem expressar sua opinião a respeito do que está sendo abordado durante a consulta. Nesse sentido, todo o “saber” fica concentrado nas mãos do profissional que está realizando o atendimento e o cuidado, deixando expressa uma certa unilateralidade nesse processo.

Antes de tudo, é necessário que as pessoas, em outras palavras, os idosos, tenham conhecimento sobre seu estado de saúde, pois, segundo Cunha et al., (2012), se bem informados, podem lutar pelos seus ideais e crenças, exercer o governo sobre sua vida, e com isso, ter liberdade de se expressar diante do cuidado a ser recebido, discutindo e tendo esse direito garantido.

Fonseca et al., (2010), considera esta fase da vida como não só de fragilidade e dependência, mas também de expressão de capacidades e competências. Dessa forma, os idosos que reclamam seu lugar estratégico na sociedade, são considerados tanto como atores de seu percurso quanto como autores de conhecimento sobre sua saúde.

Durante as entrevistas, quando questionados sobre a expressão da opinião no momento das consultas ou participação no programa HIPERDIA, houve uma certa predominância nas respostas que afirmam essa “passividade” na participação dos idosos em seu tratamento. Isso pôde ser observado nas seguintes falas:

E1: “Não, fico quieta na minha.”

E5: “Não, só da doença mesmo. Não, só ouço”.

E6: “Não, só espero ela falar”.

E7: “Ah, eu falo pra ele o que eu “tô sentino” né, e aí ele passa a receita pra mim”.

Cunha et al., (2012) também afirma que para a autonomia ser respeitada, deve-se levar em consideração que as decisões adotadas pelos idosos estarão embasadas nos seus princípios e valores e há a necessidade de que o profissional compreenda e respeite também estes valores.

Quando a autonomia do idoso é desrespeitada, e ele passa a receber orientações de forma autoritária de seus cuidados, isso leva a um comportamento passivo e pouco questionador, porém, estas orientações podem não ser efetivas. Este fato reflete de forma essencial em ações de cuidado, que quando embasadas no respeito à autonomia do idoso, passam a apresentar efeito na vida dessa população, apresentando um bom resultado, garantindo assim qualidade de vida aos mesmos (GANDOLPHO E FERRARI, 2006).

De forma geral, uma atitude ética, por assim dizer, é aquela em que a assistência efetiva-se através de uma avaliação multidimensional do idoso por parte do enfermeiro e de outros profissionais da equipe de saúde, visando à participação ativa do idoso no seu cuidado, incentivando sua autonomia e corresponsabilidade. E, a partir do momento em que o princípio ético da autonomia dessa população for respeitado, isso contribuirá para a participação ativa e cidadã no seu processo de cuidado. (CUNHA et al., 2012)

De acordo com as falas expressas na coleta de dados, pôde-se notar que, assim como a expressão de opinião, a tomada de decisão também não é relevante nesse processo. Fica claro que o que for estabelecido pela figura do profissional, principalmente do médico, é o que é correto, e assim, “decidido”.

Cunha et al., (2012) afirma que historicamente, nas relações de cuidado em saúde há o prevaletimento da postura paternalista, onde, as decisões são unilaterais e, geralmente, o profissional de saúde decide a respeito do que é melhor para o paciente. Sendo assim, retira-se do idoso o poder de decidir sobre assuntos relacionados à sua saúde. Ao desrespeitar isso, afeta-se um dos princípios básicos da bioética, que é o respeito à autonomia.

Segundo Carreta; Bettinelli e Erdmann (2011), talvez os profissionais envolvidos na assistência de saúde acreditem ter o poder de decisão sobre as relações de cuidado com os idosos que procuram seu serviço, ou seja, tomam as decisões em nome deles. Porém, deve-se ter um equacionamento nesse processo decisório.

Dessa forma, ao adotar uma postura paternalista, o profissional não valoriza a capacidade de decisão dos idosos de exercer seu autogoverno. E ao se prestar uma assistência em saúde à pessoa idosa, não se deve rotulá-la como incapaz, e sim, deve ser

estimulado o autocuidado e considerada a capacidade de decisão, como fundamentais em toda essa situação (CUNHA et al., 2012).

Em sua fala, E1, E3 e E6 deixam clara a passividade na tomada de decisão durante as consultas, quando a abordagem da questão estava relacionada a participação na decisão durante o tratamento:

E1: “É só a equipe”.

E3: “Não. Só consulto e vou embora”.

E6: “Não. As vezes eu pergunto, né, quando é coisa assim, né. Eu fico só vendo ela passando a receita (a médica)”.

E9: “Quem manda é a doutora...”

Quando o cuidado é hierarquizado e o empoderamento dos saberes em torno do processo saúde e doença acrescidos às deliberações dos códigos de ética, cerceiam a tomada de decisão do idoso, isso favorece a sua passividade. A fragilidade do ser humano acometido por alguma doença, e dependente de outro, potencializa ainda mais a dificuldade de tomar decisões autônomas e deposita nos provedores do cuidado a responsabilidade de ver esse sujeito como pessoa com necessidades, valores, experiências e intenções próprias (CARRETA; BETTINELLI; ERDMANN 2011).

Ao respeitar o direito do paciente em ser autônomo em seu tratamento, exercita-se o respeito à dignidade humana. Sendo assim, promover a tomada de decisões de forma compartilhada demonstra-se um avanço no respeito a autonomia desse cliente.

4.2. Percepções quanto ao Acolhimento e Interesse da Equipe

O respeito, foi inserido como mais uma categoria na análise dos dados. É de extrema relevância tratar este assunto, tendo em vista o tipo de implicações que ele vai causar na vida desses idosos, quando não é abordado de maneira correta.

Carvalho e Silva e Caldas (2009), afirmam que a marginalização de pessoas idosas, tem inúmeras implicações éticas, tendo em vista que o desrespeito social ao envelhecimento, representa uma ameaça constante para a autoestima e dignidade dos idosos.

O respeito e conseqüentemente, a prática dos princípios éticos fundamentais não são uma prática comum na atuação de grande parte dos profissionais de saúde, principalmente no que concerne aos cuidados e na relação interpessoal com os pacientes idosos (FIGUEIRINHA; MARQUES; SIMÕES, 2012).

Diante do exposto, emergiram duas subcategorias que expressam a percepção dos idosos mediante ao tratamento e atenção recebidos nas unidades.

4.2.1. Sentimento quanto ao Atendimento Recebido na Unidade Básica de Saúde

Em relação ao respeito, é de suma importância que em todo o processo de promoção, prevenção e proteção à saúde do idoso a realização de um tratamento que o considere como alguém que necessita de auxílio, cuidado e constante atenção. Com isso, garante-se que sejam ouvidas suas queixas, e sanadas suas dúvidas.

Nesse sentido, quando investigado a opinião deles sobre como se sentiam com relação ao tratamento recebido durante as reuniões do HIPERDIA e os atendimentos recebidos nas unidades, os relatos foram os seguintes:

E1: “Bem né. Elas (agentes) são muito dedicada com a gente. Eu acho que é.”

E2: “Ah, eu acho que bem. Sente bem né, fazer o que?”

E6: “Ah, eu sou bem fio, graças a Deus. Não tem o que falar não”.

E8: “Ah, a gente é tratado bem né, eu acho”.

Segundo os relatos, todos sentem-se bem acolhidos quando buscam atendimento nas unidades, e assim, conseguem ter suas necessidades imediatas atendidas.

Nas respostas, pôde-se notar um carinho constante entre os mesmos para com os profissionais, principalmente com as agentes de saúde, que representam uma das figuras mais presentes nesse processo, por serem o elo fundamental entre a unidade de saúde e o idoso.

A importância desta relação de respeito, irá refletir de forma essencial no tratamento dos anciãos, e assim, promoverá qualidade de vida e uma mudança na lida diária destes com seus desgastes naturais. Isso os encorajará numa maior busca por informações e diálogos com os responsáveis pelo seu cuidado, e como consequência, uma melhora nesta prática de proteção da saúde.

Essa relação cuidador-paciente apresenta um novo comportamento, no qual deve-se reconhecer a capacidade de decisão do paciente, sendo este o marco do princípio do respeito e consequentemente da categoria já abordada, a autonomia. Sendo assim, o consentimento informado, entre outras ações, representa o respeito à pessoa com suas convicções e crenças (OLIVEIRA E ALVES, 2010).

Em relação ao interesse da equipe no atendimento com os idosos, ao serem indagados sobre o interesse da equipe (de forma geral) ao atendê-los, todos afirmaram

perceber um grande interesse em sua situação de saúde. Em duas falas, principalmente, ficam expressas de forma clara o sentimento de dois idosos (E4 e E5) quanto a isso.

Ao ser questionado, com a seguinte pergunta: “Em sua opinião, quem o atende (acolhe) é interessado no seu atendimento (tratamento)?”; E4 afirma o seguinte: “*Eu acredito que sim, né. Porque eles vêm com tanto amor, com tanto carinho com a gente, né*”.

Essa resposta, reflete o quanto é importante o bom acolhimento dos profissionais ao lidar com esse público, pois, colabora de forma excepcional no objetivo de promoção de saúde expresso nas ações exercidas na UBS.

Outro entrevistado (E5) reafirma essa questão do interesse da equipe, ao responder à mesma pergunta, com a seguinte fala: “*Sim. No dia que a gente falta eles “fica” cobrando por que faltou tal dia (risos). É, acho que é bom, né. A gente fica mais esperto*”. Sendo assim, fica evidente que, quando bem atendido, e sendo expresso o interesse da equipe que presta o atendimento nos cuidados à saúde desse público, o sentimento de atenção recebido é de forte valia para a prevenção, tratamento e controle das doenças por parte de quem recebe esse cuidado.

Este interesse por parte da equipe presente nas unidades de saúde, é em grande parte um sentimento que todo profissional de saúde deve vivenciar em sua rotina de trabalho.

Nunes e Nunes (2004) afirma que o agir ético vai além de um agir intuitivo ou baseado em experiências prévias de vida. Deve-se dar extrema importância às experiências vividas, costumes e tradições, que irão conduzir este cuidador à uma reflexão contínua, pautada em princípios e em um agir criticamente, exercendo a tolerância, o respeito, e assim, chegando em um consenso, e não em uma ação coercitiva por parte deste profissional para com o seu paciente.

Sendo assim, deve existir uma relação pautada no sentimento de alteridade, em que o profissional coloca-se no lugar do outro, compreende-o e se interessa pela sua história. Com isso, parte para uma busca incessante, de acordo com sua capacidade profissional, de agir beneficentemente em prol deste indivíduo.

Dessa forma, o respeito aos direitos desses cidadãos, no modo com que serão tratados em seus atendimentos, consultas, sendo vistos em toda sua essência, como verdadeiros integrantes da sociedade e não como se estivessem a margem do processo de promoção de saúde em nosso país, exigem que toda a equipe de saúde esteja preparada a

atendê-los, diante de suas necessidades, respeitando o ser humano que são e não apenas como portadores de doenças.

Tendo isso como uma prática constante a ser realizada pelos profissionais, o respeito, como princípio fundamental de uma boa prática de saúde, é salvaguardado para esses idosos, e assim, será perpetuado em toda sua essência pela sociedade como um todo.

4.3. Dignidade no Tratamento

Para esse trabalho considerou-se dignidade como: acesso às informações, orientações, atendimento fora da unidade de saúde e acesso aos medicamentos, é um ponto de extrema importância ao se trabalhar cuidados com idosos.

Brasil (2011), na Revista dos Direitos da Pessoa Idosa, afirma que uma sociedade que se pretende democrática não pode descuidar de educar seus cidadãos para a construção de uma sociabilidade que reconheça a pessoa idosa como sujeito de dignidade e direitos, que necessita de proteção, educação, segurança, seguridade social, e também da liberdade da participação ativa nas decisões relativas às políticas públicas, principalmente, nas que referem-se à saúde. Também defende o fato que envelhecer com dignidade, é quando esse público tem acesso a todos os seus direitos, salvaguardados pelo Estatuto do Idoso do Brasil.

Sendo assim, três subcategorias que expressam a visão dos idosos entrevistados quanto ao tema “dignidade” foram relacionados ao atendimento que recebem nas unidades de saúde na qual estão cadastrados.

4.3.1. Informações e Orientações sobre suas Doenças Recebidas na UBS

De acordo com os relatos recebidos durante as entrevistas, muitos afirmam receber informações relacionadas às doenças das quais possuem, mas desejam saber mais. No entanto, a maioria afirmou que recebem essas informações principalmente pelas mídias, como a televisão e que durante os atendimentos nem sempre entendem ou recebem as informações que julgam necessárias para lidarem com suas patologias.

O que foi bastante relevante, é que apesar de receberem essas informações, há uma carência muito grande em relação ao conceito de suas doenças, pois muitos não o sabem. Afirmam seguir apenas as orientações que recebem na unidade, para que assim, lidem com as doenças de forma mais tranquila. Isso não significa que o que lhes é

transmitido nas consultas, principalmente, funcione como estímulo para que esses idosos busquem novas fontes de informação.

Por isso, a importância de que sejam oferecidas informações que terão relevância na vida desses cidadãos, preservará assim, sua integridade, e com isso, pode-se afirmar que o mesmo está sendo atendido com dignidade.

As falas abaixo demonstram que eles recebem informações, mas pouco compreendem, e com isso, não conseguem apreendê-las.

E2: “Eles informam muita coisa, né? A gente que nunca segue direito, né. Nunca segue direito, aí não tem como, né. Mas a gente tenta seguir um pouco, né?”

E6: “Ah, eu fui no... Como assim informação? Ah, eu sei que ela é perigosa, que a gente não pode comer fruta, massa, que a gente tem que fazer dieta, dieta total”

E7: “Lá na reunião né, o dotô fala, a enfermeira ensina, né. Faço exame tudo, de sangue né”

Ao tratar a questão dos direitos dos idosos, o acesso às informações é direito fundamental em todo o processo saúde-doença, tanto na prevenção, quanto na proteção e promoção da saúde. A educação em direitos humanos é entendida como parte do direito à educação e, é um direito humano fundamental, onde toda pessoa humana, em especial a idosa, tem o direito de conhecer os direitos individuais e coletivos para assim, reconhecer-se como sujeito de dignidade, se indignar e procurar meios de defesa e proteção (BRASIL, 2011).

Quando negados esses direitos, a pessoa idosa sente-se à mercê da sociedade, não tendo assim, a clareza necessária para lidar com o processo de doença, e assim, enfrenta-la ciente de todas as situações que envolvem seu tratamento. É essencial que as informações oferecidas pelos cuidadores englobem todas as principais dúvidas dos idosos, pois assim, garante-se um direito, e conseqüentemente proporciona incentivo à qualidade de vida no enfrentamento das doenças.

Como afirma Brasil (2011), o acesso às políticas de saúde são condições essenciais para que a pessoa idosa possa sentir-se reconhecida, e assim, parte da sociedade a qual está inserida.

Quanto ao desejo de saber mais sobre suas patologias, as respostas divergiram em alguns casos, como por exemplo:

E1: “Interesse, né? Pra saber, né?”

E3: “Tenho, tenho vontade. Por que, rapaz, eu tomo remédio direto e nada feito. É, não sabe, é”

E8: “Ah, eu queria saber, né. É por que “muitas coisa” as vez a gente sente e eles não fala certo o que a gente tem né, eles só dá o remédio”.

E12: “Ah, desejo né. Ah, é bom a gente ficar bem orientada né?”

Apenas um entrevistado (E10) afirmou buscar informações além das que recebe na unidade, diante da questão supracitada, com o seguinte relato: *“Ah, eu gostaria. Inclusive eu pego o livro da minha cunhada ali do meio que ela começou a fazer nutrição... Eu já sabia mais ou menos o que que o médico ia falar pra mim. Eu tava nesse intermeio, eu sabia se o médico tava certo ou se tava errado...”*

O importante ao analisar o desejo desses idosos em saber mais sobre suas doenças, é o quão satisfeitos eles estão diante das informações e orientações que recebem na unidade.

Observa-se um descompasso nesse sentido, representado por um dos entrevistados quando respondeu que estava satisfeito com o que sabia. Porém, quando indaguei sobre o que era a doença, o mesmo não soube responder, como exemplificado no discurso abaixo:

E6: “Ah, eu fui no... Como assim informação? Ah, eu sei que ela é perigosa, que a gente não pode comer fruta, massa, que a gente tem que fazer dieta, dieta total”.

E6: “Ah, eu acho que já sei o suficiente”.

Nessa idade, a maioria apresenta alguma dificuldade para entende-las, por isso é importante atentar-se ao seguinte fato, até que ponto o emissor da informação percebe que suas orientações foram, em sua essência, relevantes na vida desses idosos com suas doenças?

Nota-se que o idoso está satisfeito com a maneira com que lida com suas doenças, e não no processo como um todo, conhecer a doença, saber seus efeitos, o uso correto do medicamento, uma alimentação adequada.

Neste sentido, é difícil avaliar que o idoso sente-se satisfeito com as informações que possui, se ele não é estimulado a buscar mais, a ouvir melhores explicações sobre o que é a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*.

Ao verificar esse conhecimento, percebe-se uma certa “impressão” de satisfação, quando na realidade há uma carência imensa desse saber, e conseqüentemente da noção dos seus direitos quanto ao tratamento como um todo.

Portanto, é necessário que se trabalhe de forma geral e humanizada com esse idoso, para garantir-lhe a capacidade de preservar a saúde física e emocional, em condições de autonomia e dignidade (MARZIALE, 2003).

4.3.2. Acompanhamento além da UBS

Outro ponto muito importante que ficou evidenciado com as entrevistas, foi o do acompanhamento além da unidade, que engloba campanhas de vacina e as visitas domiciliares por parte dos profissionais de saúde das UBS.

Pôde-se notar que, quando indagados sobre visitas domiciliares representados na figura de atores fundamentais no processo de saúde desse público, como o médico ou enfermeiro responsável pela unidade, esses foram os menos citados pelos entrevistados. Muitos relataram que nunca haviam recebido a visita de um desses profissionais.

E3: “Recebo, vinha aqui muitas vez, ele (médico) a X (agente de saúde). O Y* (enfermeiro) nunca veio, veio uma vez”.*

E7: “Ela trouxe já uma vez, né. Ah, não sei... Ela vem vez em quando (a agente de saúde), ela fala muito pra mim que eu não vou na reunião sempre por que ela não me avisa. Ela vem, é, por que eu gosto de ir lá. É, não, o dotô veio só uma vez que ela trouxe. Veio a enfermeira junto né”.

E8: “Não. Só da agente de saúde, a Z (agente de saúde). Não (risos), só a Z”.

Com as respostas, ficou evidente que o acompanhamento além da unidade de saúde fica restrito apenas à figura do agente comunitário de saúde, o que não remete à integralidade desse cuidado por parte de outros profissionais.

Um dos objetivos principais do atendimento domiciliar, fica expresso na fala de Bastos, Lemos e Mello (2007), que diz que esse atendimento visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde, além de desenvolver uma adaptação das funções do idoso, de maneira a favorecer a manutenção da sua independência e a preservação de sua autonomia.

Dessa forma, além de garantir um direito do idoso em receber esse atendimento em seu domicílio, salvaguardado pela PNSPI, a visita domiciliar também contribui para amenizar diversos agravos de saúde em seu cerne, tendo em vista uma maior possibilidade de prevenção.

Outro ponto muito relevante nessa subcategoria, foi o da participação dos idosos em atividades promovidas pela UBS, como as campanhas de vacinação, por exemplo. Foi notório, de acordo com as respostas recebidas ao indagar se os mesmos eram convidados a participar das campanhas, que essa forma de inserção desse indivíduo em uma ação que vai lhe promover qualidade de vida e realizar prevenção em saúde pode ser melhorada.

De acordo com os relatos, pôde-se observar que nem todos tinham conhecimento da realização das campanhas, como expresso nas respostas a seguir:

E1: “Não, eu nunca fui”.

E2: “Sou, toda vez que elas convida. Toda vez que tem as campanha, elas vai em casa pra avisar, elas vão em casa, é”.

E3: “Não, nunca foi não”.

E5: “Sou, quando vem as moça avisa pra gente. Tem vacina e tal, tal dia. Vou, só não vou trabalhar né, mas na vacina vou” (risos).

Apesar de as respostas não convergirem para um único sentido, os que não tem acesso a essa informação, ficam à mercê desse cuidado, e assim, mais expostos à situações de risco, quando são cidadãos que apresentam doenças crônicas, como no caso da hipertensão e do diabetes.

Essa exposição, pode leva-los a diversos outros agravos de saúde, pondo em risco sua rotina, e conseqüentemente, sua independência e autonomia, quando assim o possuem.

De modo geral, a assistência domiciliária e a participação dos idosos em atividades que a UBS promove, podem transformar a prática de saúde na atenção básica, no sentido de que, ao estruturar um plano de ação para o idoso, pautado na ética e no conhecimento do processo de envelhecimento, buscando a capacitação contínua dos envolvidos nesse processo de cuidado, essas ações contribuem, em toda sua plenitude, na qualidade de vida da pessoa idosa (COSTA, 2011).

4.3.3. Acesso aos Medicamentos

Não se pode falar em atendimento digno, com integralidade, qualidade de informações, direitos garantidos, se o idoso não tem acesso aos medicamentos necessários para seu tratamento.

Para isso, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* padronizou alguns medicamentos utilizados no tratamento dessas patologias para que fossem distribuídos pela rede pública de saúde, e assim, houvesse a construção de um perfil epidemiológico dessa população, diante do recebimento e acompanhamento do uso desses medicamentos pelos profissionais de saúde (SAKATA, 2007).

Em outras palavras, uma das ações do programa HIPERDIA, é garantir o acesso medicamentoso gratuito aos idosos que não possuem condições financeiras para tal como mais um direito a ser preservado, e que não é efetivo (MIRANZI et al., 2008).

Normalmente, esses indivíduos fazem o uso concomitante de diversos medicamentos, e na maioria das falas, observa-se que eles os recebem, porém, periodicamente há a ausência de algum.

As seguintes falas expressam o que foi supracitado:

E1: “Eu ganho, pego no posto. Quando tem, quando não tem daí eu compro, né. É difícil não ter no posto, muito difícil. Sempre tem. Quando não tem eu tenho que comprar.”

E3: “Tem que compa. Recebo esse aqui, outro. É, eu tenho que compa as pilulinha. 30, 25 ou 50 pau.”

E4: “Não. Esses medicamento a gente não tá... O único medicamento que a gente tá conseguindo pela rede de saúde é o de diabetes. Mas o outro a gente não tá conseguindo mais. Nem o civastatina, nem o clorotiamida, mida, isso. Da cabeça, não tamo conseguindo. Então nós fica com o diabetes, só o diabetes, só”.

E5: “Tem alguns que não tem no posto. Não tem na rede, quer dizer, mas não é muito não. A maioria eu recebo. A insulina, o captopril, cifibrato. A civastatina não tem na rede”.

E6: “Tem, tem. Não, uns eu compro, que não tem na rede. Mas outros eu ganho”.

E8: “É, no posto é sempre difícil achar todos né, sempre acha o de pressão mais aí outros, que as vez que precisa não acha, não tem”.

É importante frisar, que a maioria desses idosos, de acordo com os dados socioeconômicos coletados, não possuem renda suficiente que possa garantir a compra de todos os medicamentos. O custo elevado da maioria desses remédios, podem levar a interrupção do uso contínuo.

Dessa forma, fere-se um dos objetivos do plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, que é o de garantir esse acesso de forma integral.

Oliveira (2011), afirma que a promoção de saúde e o envelhecimento ativo ainda não são eixos estruturantes na atenção ao idoso. Tende-se assim, a voltar o cuidado desses sujeitos, ao tratamento medicamentoso em sua totalidade. O incentivo à mudança de hábitos de vida, dietas, exercícios, dentre outros pontos, ainda é uma prática pouco difundida, quando não, indissociável do tratamento com medicamentos.

Sendo assim, a importância de promover o acesso a esses medicamentos, é de grande interesse não só para o idoso, foco central do cuidado, como também para os responsáveis por esse cuidado, já que os números irão refletir as ações que estão sendo realizadas, seja para o lado bom ou ruim da moeda.

Mas esse acesso não fica restrito apenas à questão de medicamentos. Ainda é possível verificar a carência de materiais, como os de verificação de glicemia capilar, seringas, dentre outros, que comprometem a realização das ações voltadas ao tratamento do idoso.

5. CONCLUSÕES

Envelhecer é o desejo, senão de toda, mas da maioria da população do planeta. Envelhecer com qualidade é um desafio. Para que isso aconteça, uma série de fatores deve ser estruturada e praticada para que esse processo de envelhecimento seja tranquilo e permeado de boas sensações.

Ser “velho”, “idoso”, “ancião”, seja lá qual termo utilizado para descrever tal dádiva, é a certeza de que foi vencida uma batalha árdua, diante das intempéries da vida, em toda a sua essência. Dessa forma, enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, gestores, além de todos os profissionais responsáveis por cuidar e atender esses cidadãos, devem ter intrínsecos em si o prazer do cuidar, de se doar ao próximo.

Com a realização da pesquisa, pôde-se notar e vivenciar implicações bioéticas referentes aos três princípios norteadores deste estudo, e com isso, os objetivos foram plenamente alcançados.

Não se pode promover, prevenir e proteger a saúde de um indivíduo, sem que seja preservada sua autonomia; sem que haja respeito na relação cuidador-cuidado; e sem que o tratamento seja integral, amplo, em outras palavras, seja realizado com dignidade.

No entanto, antes disso, deve-se ouvir quem recebe esse cuidado, para que possam ser reelaboradas melhorias, e uma forma de atuar nesse contexto, com dedicação e empatia. O não compartilhamento de decisões, o fato de não se ouvir o que esse idoso tem a dizer, reflete uma atenção paternalista e baseada no poder biomédico representado apenas na figura de quem atende esse público, e não, no protagonista principal do cuidado, o idoso. Essa ação fere o princípio bioético da autonomia, essencial na vida de todo ser humano.

De outro lado, além de não respeitar a autonomia deste idoso, direito fundamental que o mesmo possui, e trata-lo como um mero portador de patologias, não se estabelece uma relação de respeito e fraternidade, que é outro ponto fundamental e consequentemente também fere-se outro princípio, o do respeito. Em outras palavras, é correto afirmar que o respeito, quando se refere às relações entre cuidador-paciente foi mantido, mas, o respeito à sua autonomia, não foi observado.

E quanto à dignidade com que esse idoso é tratado, expressa em diversas ações, como informar o idoso sobre suas patologias; visitar sua realidade, ao adentrar em sua casa, por exemplo, são indissociáveis do agir ético diante dessa relação unidade de saúde – paciente. Quanto à isso, ainda faltam ações que visem melhorar a forma com que isso é transmitido aos idosos, que vá surtir um efeito positivo no tratamento da hipertensão

arterial e do diabetes *mellitus*, promovendo assim, qualidade de vida a esse paciente que já viveu mais de cinco décadas, e que é merecedor por direito de atenção e cuidados.

De forma subjetiva, e amplificada, este estudo buscou verificar a percepção dos idosos diante de inúmeros fatos, que até então parecem comuns, mas que merecem extrema atenção por parte dos governantes e profissionais de saúde. Sendo extremamente necessária que haja uma reformulação de práticas e da forma com que esses profissionais lidam com os idosos.

Doação é o que carece, de forma arrasadora quando se veem idosos que não opinam em seus tratamentos, não recebem atenção domiciliar, não tem acesso aos medicamentos essenciais para sua saúde. Há um conjunto de fatores que levam a essa situação, entre eles a operacionalidade do sistema, que precisa ser revisto, de forma a atender às reais necessidades expressas em números, pesquisas, relatos e constantes aparições na mídia que refletem o quão carente é a saúde pública do Brasil.

Como perspectivas, espera-se que esse estudo sirva de auxílio teórico-científico para que futuras melhorias sejam alcançadas, e que a partir da percepção dos usuários, servir de parâmetro para eventuais mudanças, pois, nada como perceber a visão que o público tem a respeito do plano para que essas mudanças sejam de fato sentidas e realizadas com efeito positivo.

Diante do exposto, que o estudo realizado através desta pesquisa, possa proporcionar a comunidade idosa, que logo se tornará a maior população em todo o globo, uma vida com sua autonomia preservada, o respeito mantido e dignidade plena em seu viver.

6. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.B.A; AGUIAR, M.G.G. **O Cuidado do Enfermeiro ao Idoso Hospitalizado: uma abordagem Bioética.** Bahia: Revista Bioética (Impr.), 2011.
- AZEVEDO, S.A.M. **Origens da Bioética.** Nascer e Crescer, 2010
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução L. A. Reto e A. Pinheiro, São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BASTOS, C.C; LEMOS, N.D; MELLO, A.N. **Perfil Clínico-demográfico dos Pacientes Inseridos em um Programa de Assistência Domiciliária no Município de São Paulo.** Revista Kairós, 2007.
- BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica.** (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BÔAS, L.M.F.M; ARAÚJO, M.B.S; TIMÓTEO, R.P.S. **A prática gerencial do Enfermeiro.** Ciência & Saúde Coletiva, 2008.
- BOEMER, M.R.; SAMPAIO, M.A. **O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética.** Revista Latino - Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 33-38, abril 1997.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família: informe técnico institucional.** Ver Saúde Pública 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** Brasília, 2003.
- BRASIL. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://.saude.gov.br>>. Acesso em: 20/09/2013
- BRASIL. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.
- BRASIL. **Portal Brasil.** 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso> Acesso em: 20/09/2013
- BRASIL. **Revista dos Direitos da Pessoa Idosa: o compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil.** Presidência da República; Secretaria de Direitos Humanos. Brasília/DF, 2011.
- CAMACHO, A.C.L.F; COELHO, M.J. **Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2010.
- CAMACHO, A.C.L.F; SANTOS, R.C. **Revisão Integrativa Sobre as Questões Bioéticas Relacionadas ao Idoso: aspectos relevantes para a Enfermagem.** Revista Eletrônica Enfermería Global. 2013. Disponível em: www.um.es/eglobal

- CARRATO, M.A.P. **Ética na Pesquisa Científica com Seres Humanos - A Dignidade como Meta e como Realização do Estado Democrático de Direito.** Rev. Ciên. Jur. e Soc. da Unipar. Umuarama. v. 11, n. 1, p. 127-140, jan./jun. 2008.
- CARRETTA, M.B, BETTINELLI, L.A, ERDMANN, A.L. **Reflexões sobre o Cuidado de Enfermagem e a Autonomia do Ser Humano na Condição de Idoso Hospitalizado.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2011.
- CARVALHO, A.L.M; LEOPOLDINO, R.W.D; SILVA, J.E.G; CUNHA, C.P. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI).** Ciência & Saúde Coletiva, 2012.
- CARVALHO E SILVA, G; CALDAS, C.P. **Aspectos Éticos da Abordagem Contemporânea do Envelhecimento.** Arq Ciência e Saúde, 2009.
- COHEN, C. **Por que pensar a Bioética?** Revista da Associação Médica Brasileira, 2008.
- COSTA-LIMA, M.F; VERAS, R. **Saúde Pública e Envelhecimento.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.
- COSTA, R.G. **Atendimento Domiciliar do Idoso Realizado pela Equipe de Saúde da Família: Revisão de Literatura.** UFMG – Governador Valadares, 2011.
- COSTA, S.I.F. **Bioética clínica e terceira idade.** Texto publicado na Revista Brasileira de Bioética, v. 1, n. 3, 2005.
- CUNHA, J.X.P.; OLIVEIRA, J.B.; NERY, V.A.S.; SENA E L.S.; BOERY, R.N.S.O.; YARID, S.D. **Autonomia do Idoso e Suas Implicações Éticas na Assistência de Enfermagem.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012
- FAEDA, A; LEON, C.G.R.M.P de. **Assistência de Enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2006.
- FIGUEIRINHA, D; MARQUES, I; SIMÕES, J.A. **Ética na relação do Profissional de Saúde e Idoso nos Cuidados Continuados.** Revista Portuguesa de Bioética / (n.º 16) / Março, 2012.
- FONSECA, M.G.U.P; FIRMO, J.O.A; FILHO, A.I.L; UCHÔA, E. **Papel da Autonomia na Auto Avaliação da Saúde do Idoso.** Revista de Saúde Pública, 2010.
- FONTANELLA, B.J.B et al. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** In: MERHY, E. E et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p.

- GANDOLPHO, M.A; FERRARI, M.A.C. **A Enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas.** São Paulo. O Mundo da Saúde, ano 30, v. 30, nº 3. Jul/set. 2006.
- GARCIA, M.A.A; YAGI, G.H; SOUZA, C.S, ODONI, A.P.C; FRIGÉRIO, R.M, MERLIN, S.S. **Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2006.
- GLASER, B.G; STRAUSS, A.L. **The Discovery of Grounded Theory: A Basic Strategies for Qualitative Research.** New York, 1967.
- MARZIALE, M.H.P. **A Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Capacitação dos Profissionais de Enfermagem.** Revista Latino – Americana de Enfermagem 2003 novembro-dezembro; 11(6):701-2 / www.eerp.usp.br/rlaenf
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.
- MIRANZI, S.S.C; FERREIRA, F.S; IWAMOTO, H.H; PEREIRA G.A; MIRANZI, M.A.S. **Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008.
- MORI, M. A. **Bioética: Sua natureza e história.** Humanidades, 1994.
- NUNES, C.R.R; NUNES, A. P. **Bioética.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF), 2004.
- OLIVEIRA, I. R; ALVES, V. P. **A pessoa idosa no contexto da Bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma.** Revista Kairós, Gerontologia 13 (2), ISSN 2176-901-X, São Paulo, 2010.
- OLIVEIRA, M..P.B; BARBOSA, R.M.S.P; SANTOS, BARBAS, S. **O Exercício da Autonomia do Idoso no Tratamento Médico.** Revista de Bioética (Impr.), 2012.
- OLIVEIRA, T.R. **Ações Sistematizadas no Atendimento ao Idoso pela Equipe de Saúde da Família.** UFMG – Conselheiro Lafaiete, 2011.
- PAPALÉO-NETTO, M. **O estudo da velhice no século XX: histórico, definição de campo e termos básicos.** In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, eds. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 2-12.
- SAKATA, S. **Diabetes Mellitus entre os Idosos do Município de São Paulo: uma visão longitudinal.** / Silvia Sakata. – São Paulo: S. Sakata, 2007. 86 p.
- SANTANA, M.L; CARMAGNANI, M.I. **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Saúde e Sociedade, 2001.

SANTOS, J. C; MOREIRA, T.M.M. **Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do Nordeste brasileiro.** São Paulo. Revista Escola Enfermagem da USP. 2012.

SAQUETTO, M. **Aspectos bioéticos da autonomia do idoso.** Revista de Bioética. (Impr.). 2013.

SEOANE, A. F. **A percepção do usuário do Programa de Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações.** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

SILVA, A. A; BORGES, M. M. M. C. **Humanização da Assistência de Enfermagem ao Idoso em uma Unidade de Saúde da Família.** Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V.1-N.1-Nov./Dez. 2008.

TRENTINI, M; SILVA, S.H; VALLE, M.L; HAMMERSCHMIDT, K.S.A. **Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde.** Revista Latino - Americana de Enfermagem, 2005.

VIDAL, V.S. **Problemas Bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias.** Revista de Bioética. (Impr.). 2014.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS
PARTICIPANTES DO HIPERDIA**

A) Caracterização Sociodemográfica

Data: __/__/__

1 - Nome: _____

2 - Idade: _____ anos Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

3 - Em qual unidade faz acompanhamento? _____

4 – Situação conjugal:

(1) Solteiro

(2) Casado

(3) Viúvo

(4) Desquitado/divorciado

(5) Amasiado

5 – Responsável financeiro:

(1) O mesmo

(2) Filho(s)

(3) Parentes

(4) _____ Outros. _____ Quem?

6 – Situação empregatícia:

(1) Trabalha

(2) Aposentado

(3) Pensionista

(4) Outros. Quais? _____

7 - Renda familiar mensal:

(1) R\$678,00 a R\$1.356,00

(2) R\$1.357,00 a R\$2.034,00

(3) R\$ 2.035,00 a R\$ 2.712, 00

(4) Acima de R\$ 2.713, 00

8 – Escolaridade:

(1) Ensino fundamental completo

(2) Ensino fundamental incompleto

(3) Ensino médio completo

- (4) Ensino médio incompleto
- (5) Ensino superior completo
- (6) Ensino superior incompleto
- (7) Analfabeto

9 – Quantas pessoas moram na sua casa:

- (1) Mora sozinho
- (2) Duas
- (3) 3 ou mais.

Quantas? _____

B) Sobre o tema

10 - História pregressa familiar:

- (1) Hipertensão
- (2) Diabetes
- (3) Outras, quais: _____

11 - Possui outras patologias?

- (1) Doenças respiratórias
- (2) Doenças cardiovasculares
- (3) Doenças renais
- (4) Outras, quais: _____

12 – Faz uso de qual tratamento?

- (1) Medicamentoso
- (2) Nutricional
- (3) Todos
- (4) Nenhum

13 - Faz uso de algum medicamento? Se sim, diga quais.

- (1) Sim. Quais: _____
- (2) Não.

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- Quais são as atividades que o senhor desenvolve junto à UBS?
- O (a) senhor (a) expressa a sua opinião durante as consultas e ao participar do programa HIPERDIA?
- O senhor (a) participa nas decisões do seu tratamento?
- Caso não, quem participa da tomada de decisão?
- Como (a) senhor (a) obtém informações sobre a sua doença?
- O (a) senhor(a) deseja saber mais sobre sua doença e seu tratamento?
- Nas reuniões, como é feito o acompanhamento de sua doença?
- Alguém faz orientações sobre sua doença? Quem faz? O que orientam?
- Como o (a) senhor (a) entende as orientações?
- Como o (a) senhor (a) acha que é tratado (a) durante as reuniões?
- Eles ouvem o (a) senhor (a)?
- Em sua opinião, quem o atende (acolhe) é interessado no seu atendimento (tratamento)? Explique ou comente a respeito?
- O senhor recebe visita domiciliar? Quantas vezes por mês, e de qual profissional?
- Em que espaços acontecem o tratamento que o senhor recebe para sua doença?
- Quando o (a) senhor (a) vem para atendimento na UBS, o (a) senhor (a) tem prioridade de atendimento?
- O (a) senhor (a) é orientado sobre a importância das vacinas?
- Quais são as orientações recebidas?
- O (a) senhor (a) é convidado a participar da campanha de vacinação?
- Quais outras informações o (a) senhor (a) recebe na Unidade Básica de Saúde? (osteoporose, alimentação, cuidados com acidentes domésticos e outras).
- O (a) senhor (a) tem recebido todos os medicamentos dos quais necessita para o seu tratamento?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: Implicações Bioéticas no Cuidado à Pacientes Idosos Atendidos em Unidades Básicas de Saúde

Pesquisador Responsável: Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

Pesquisador Principal: Willian Silva Serra

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Telefones para contato: (67) 99719487 - Pesquisador Responsável / (67) 81148408 - Pesquisador Principal / (67) 3345 7187 - CEP/UFMS, para dúvidas ou denúncia.

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos

Responsável legal (quando for o caso): _____

O(a) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa Implicações Bioéticas no Cuidado à Pacientes Idosos Atendidos em Unidades Básicas de Saúde, de responsabilidade do pesquisador responsável Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe e do pesquisador principal Willian Silva Serra.

Este estudo tem como objetivo identificar a percepção da autonomia, respeito e dignidade, de idosos participantes do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* (HIPERDIA) de uma amostra de unidades de ESF do município de Dourados/MS.

A justificativa da pesquisa surge no sentido de conhecer a percepção dos idosos usuários sobre sua autonomia e participação nas ações do plano e diante a assistência que lhes é prestada pelos profissionais de saúde, em especial os de Enfermagem, tendo em vista as questões éticas desses profissionais na realização desses cuidados, e a carência de literaturas pertinentes ao assunto, tendo o grupo populacional supracitado como objeto principal da pesquisa.

Os dados serão coletados através de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas que serão abordadas a partir da metodologia de análise de conteúdo, que segundo Bardin (1971), é constituída por um conjunto de estratégias metodológicas que asseguram a objetividade, a sistematização e influências aplicadas a discursos diversos. As entrevistas gravadas ficarão sob a guarda do pesquisador durante o prazo de cinco anos. Após esse período, serão destruídas.

Para inclusão na pesquisa, os participantes-voluntários devem ser homens e/ou mulheres, idosos, com 60 anos ou mais, portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, e efetivamente cadastrados no do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* (HIPERDIA).

Como exclusão para participação da pesquisa, seguem os seguintes critérios: possuir idade inferior aos 60 anos, ser portador apenas de hipertensão arterial ou apenas

de diabetes *mellitus*, não estar cadastrado efetivamente no do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* (HIPERDIA) e ser de etnia indígena.

Com o desenvolvimento da pesquisa, os dados serão disponibilizados para a sociedade acadêmica devido a carência de publicações referentes ao assunto, e como fonte para outras pesquisas e trabalhos acadêmicos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Esse termo possui duas vias, da qual uma é destinada ao participante-voluntário da pesquisa.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Caso o participante-voluntário sinta-se constrangido com alguma pergunta, o mesmo não necessita responder.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, responsável legal por _____, declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Dourados, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal
responsável por obter o consentimento

Nome e assinatura do

Testemunha

Testemunha

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implicações Bioéticas no Cuidado à Pacientes Idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde

Pesquisador: Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24552313.4.0000.0021

Instituição Proponente: Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Patrocinador Principal: Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 545.620

Data da Relatoria: 27/02/2014

Apresentação do Projeto:

Atualmente o aumento da expectativa de vida das pessoas tem se elevado anualmente, no Brasil, os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) representam 8,6% da população total do país. Diante desse fato, algumas reflexões referentes ao atendimento de suas necessidades básicas, acesso à saúde e outros serviços devem ser consideradas, entre eles, a autonomia do idoso e a ética com que ele é assistido. Objetiva-se com esse estudo conhecer a percepção da autonomia, respeito e dignidade, de idosos participantes do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (HIPERDIA) de uma amostra unidades de ESF do município de Dourados/MS.

A coleta de dados se dará por meio de entrevista estruturada e para o tratamento dos dados será adotado o método de análise de conteúdo. Vale lembrar que o idoso é o protagonista no seu processo do tratamento e o profissional que o assiste deve ser comprometido com sua qualidade de vida e princípios éticos, para que com isso o cuidado seja eficiente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: "Conhecer a percepção da autonomia, respeito e dignidade de idosos

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 545.620

participantes do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (HIPERDIA) de uma amostra de unidades de ESF do município de Dourados/MS.

Objetivo Secundário: Conhecer sobre a autonomia do idoso no processo do seu tratamento. Avaliar como os idosos sentem-se diante o atendimento que recebem na

UBS. Identificar como os idosos percebem seus direitos relacionados à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não trará riscos para os participantes, sendo preservadas suas identidades e respectivas participações. O pesquisador irá tratar a sua

identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que

indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Benefícios: Com o objetivo de identificar a percepção da autonomia, respeito e dignidade, de idosos participantes do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (HIPERDIA) de uma amostra unidades de ESF do município de Dourados/MS, a pesquisa servirá de parâmetro para que eventuais mudanças possam ser realizadas, pois, nada como perceber a visão que o público tem a respeito do plano para que essas mudanças sejam de fato sentidas e realizadas com efeito positivo. Sendo assim, sua aplicação é de fundamental importância, no intuito de maximizar o cuidado dedicado aos idosos com as patologias supracitadas, e colaborar no atendimento que os mesmos recebem, tendo essa estratégia de políticas públicas, que é o plano do HIPERDIA, melhorada em tais estratégias de saúde, servindo de exemplo para toda a rede de SAÚDE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de Relevância Social

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 545.620

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 28 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE DOURADOS

ANEXO I	
Solicitação de estágio curricular, extracurricular e não remunerado, aulas práticas, visitas, pesquisas, extensão e trabalhos.	
Dados da Instituição/Requerente: UEMS	Cel.: 3902-2684
Curso: Enfermagem	
Professores: Elaine Aparecida Mye Tamakatu Watanabe	
Disciplina: Iniciação Científica/Trabalho de Conclusão de Curso	
Nome Completo dos Alunos: Willian Silva Serra	8114-8408
Atividade:	
<input type="checkbox"/> Estágio Curricular <input type="checkbox"/> Estágio Extracurricular e não Remunerado <input type="checkbox"/> Aulas Práticas <input type="checkbox"/> Visitas <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Trabalhos	
Proposta de Cronograma: O prazo necessário para a realização da pesquisa é de 6 meses, nas Estratégias de Saúde da Família 29 do Jardim Colibri e Equipes 30, 31 e 32 do Izidro Pedroso.	
Data:	Período:
Local:	
Tema/Projeto/Solicitação: (Descrever sucintamente)	
Implicações Bioéticas no Cuidado à Pacientes Idosos Atendidos em Unidades Básicas de Saúde	
Objetivo:	
Conhecer a percepção da autonomia, respeito e dignidade de idosos participantes do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (HIPERDIA) de uma amostra de unidades de ESF do município de Dourados/MS.	
Atividade a ser realizada na Rede de Saúde Municipal:	
A pesquisa será desenvolvida com os idosos cadastrados no programa HIPERDIA, das Estratégias de Saúde da Família 29 do Jardim Colibri e Equipes 30, 31 e 32 do Izidro Pedroso. Os dados serão coletados através de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas que serão abordadas a partir da metodologia de análise de conteúdo.	
Apreciação da CEPET em: 25/11/13 <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado	
Data: 27/05 à 12/06/13 Período: M(X) Local: ESF 29, 30, 31, 32.	
*** Os Alunos deverão OBRIGATORIAMENTE apresentar a cópia deste ao coordenador da unidade, a FALTA, impedirá adentrar e realizar suas atividades.	
Devolutivas à CEPET:	
<input type="checkbox"/> Apresentar a SeMS:	
<input checked="" type="checkbox"/> Entregar cópia à SeMS: Após a conclusão do projeto, apresentar uma cópia impressa para constar no arquiv desta secretaria.	
<input type="checkbox"/> Não Aprovado Justificativa:	
 Flávia Claudete J. de Brito Gerente da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde Matrícula: 114764192	