

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Eliane Mattana Griebler

Dissertação de Mestrado

**NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM
DISTRITO DE SAÚDE**

Porto Alegre, 2016.

ELIANE MATTANA GRIEBLER

**NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM
DISTRITO DE SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Área de concentração: Saúde, Educação e Sociedade

Porto Alegre, 2016

CIP - Catalogação na Publicação

Griebler, Eliane Mattana
NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO
DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE / Eliane Mattana
Griebler. -- 2016.
131 f.

Orientadora: Andréa Kruger Gonçalves.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2016.

1. idoso. 2. necessidades de saúde. 3. sistema
único de saúde. I. Gonçalves, Andréa Kruger, orient.
II. Título.

ELIANE MATTANA GRIEBLER

**NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM
DISTRITO DE SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Dissertação defendida e aprovada em 27 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Adriane Ribeiro Teixeira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul

Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, 2016

“Não temos de nos preocupar em viver longos anos, mas em vivê-los satisfatoriamente; porque viver longo tempo depende do destino, viver o domínio de si mesmo depende de tua alma. A vida é longa quando é plena; e se faz plena quando a alma recuperou a posse de seu próprio bem e transferiu para si o domínio de si mesma.”

Sêneca, Cartas a Lucílio

Dedico essa dissertação a todos que de alguma forma contribuíram para que eu concluísse mais essa etapa da minha formação. Em especial, aos idosos, principais motivadores deste estudo e da minha paixão pela pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio e compreensão, especialmente à minha mãe Rejane e minha irmã Bárbara maiores incentivadoras na minha jornada e que sempre estiveram junto a mim compartilhando das minhas angústias e felicidades.

Aos outros familiares que mesmo distantes sempre me disseram palavras positivas e de motivação, desejando sempre o meu melhor.

À amiga e orientadora Prof^a Dra. Andréa Kruger Gonçalves, por acreditar no meu potencial e me dar a oportunidade de realizar essa pesquisa. Pela coragem de se aventurar comigo por uma temática tão inovadora e por me fazer sair da zona de conforto, incentivando meu crescimento. Minha gratidão!

Ao projeto CELARI que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. À assistente social e coordenadora do Projeto CELARI Eliane Jost Blessmann, pelos anos de amizade e convivência perpetuados.

À parceria das amigas, agora também mestrandas, Valéria e Vanessa que acompanharam de perto todo o processo envolvendo minha dissertação, sempre com uma palavra amiga nas horas em que mais precisei. Da mesma forma agradeço aos demais colegas bolsistas do Projeto CELARI e do Programa Vidas em Movimento.

Aos colegas do mestrado que dividiram comigo expectativas e experiências únicas nessa caminhada de dois anos. Em especial as amigas da UPP de Construção de Projetos e Análise de Dados Qualitativos, Inaiara, Talita, Vivian e Ana, por tudo que passamos juntas em nossos encontros terapêuticos e de apoio mútuo. Gratidão às colegas Damiana, Cristiane e Tatiana, amigas que a Saúde Coletiva me proporcionou.

Aos professores que compõem a banca Adriane Ribeiro Teixeira, Izabella Barison Matos e Luiz Fernando Calage Alvarenga, pelas contribuições a essa dissertação, pelo apoio ao longo do processo de elaboração do trabalho e principalmente pela disponibilidade de todos.

A todos os sujeitos que gentilmente participaram deste estudo disponibilizando seu tempo e atenção.

RESUMO

A transição demográfica é uma realidade atual na sociedade brasileira e mundial, a partir desse fenômeno a faixa etária que mais cresce é a de indivíduos com mais de 60 anos. O objetivo do trabalho foi investigar demandas de saúde da população idosa e ações desenvolvidas no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC) em Porto Alegre/RS. O estudo seguiu um delineamento qualitativo descritivo exploratório. A amostra foi definida por critério de saturação, sendo composta por 10 idosos atendidos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, bem como de 8 gestores do mesmo território. Os instrumentos utilizados foram entrevistas compreensivas, questionários com questões abertas e diários de campo. A análise de conteúdo, através do estabelecimento de categorias temáticas, foi utilizada como meio para interpretação dos resultados. Foram encontradas cinco categorias: *Ações: o que acontece – ou não - na ESF; Percepções de saúde; Forever Young: para sempre jovem?; Vínculo e Necessidade de escuta.* As necessidades de saúde da população idosa atendida nas ESF do DGCC relacionam-se com aspectos organizacionais das unidades (como oferta de ações), atendimento priorizado e processos de encaminhamentos. Aspectos relacionados ao contexto social (como acesso aos serviços de saúde) e a necessidade de escuta provenientes da demanda local são destacados. As ações desenvolvidas nas ESF ainda são incipientes e nem sempre atendem as necessidades. De uma maneira geral, idosos e gestores tem opiniões semelhantes quanto à realidade dos atendimentos e a realização de atividades para o público idoso nas Estratégias de Saúde.

Palavras chave: idoso; necessidades de saúde; sistema único de saúde.

ABSTRACT

The demographic transition is a current reality in the Brazilian and world society. The age group with the highest growth is in people over 60 years. The objective was to investigate health needs of the elderly and actions developed in the territory of District Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC) in Porto Alegre/RS. The study followed a descriptive and exploratory qualitative design. The sample was defined by saturation criterion, consisting of 10 elderly people attended at Family Health Strategy (FHS) District Glória/Cruzeiro/Cristal and 8 managers of the same territory. The instruments were comprehensive interviews, questionnaires with open questions and daily field. The results were analyzed using content analysis with thematic categories. The categories were: Actions: *What happens - or not - in the ESF; health perceptions; Forever Young?; Attachment and listening need*. The health needs of the elderly population assisted in DGCC the ESF relate to organizational aspects of the units (such as offering), prioritized service and referral processes. Aspects related to the social context (such as access to health services) and the need to hear from local demand are highlighted. The actions developed in the ESF are still incomplete and not always meet the needs. In general, seniors and managers have similar views as the reality of care and carrying out activities for the elderly in public health strategies.

Key Words: Elderly; health needs ; Health Unic System.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 - Projeção da pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025, segundo as Nações Unidas

Figura 2 – Pirâmides etárias do Brasil no ano de 2000, assumindo declínios de fertilidade padrão e rápido

Figura 3 - Índice de Envelhecimento (IE) e idade mediana da população brasileira: 1950-2100

Figura 4 – Evolução das causas de morte nas capitais brasileiras entre 1930 e 1980 (em percentagens)

Figura 5 – Determinantes do envelhecimento ativo

Figura 6 – Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida

Figura 7 – Mapa da localização do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal no município de Porto Alegre/RS

Figura 8 – Organograma referente à metodologia

Figura 9 – Organograma referente às dimensões e indicadores para formulação dos instrumentos

Figura 10 – Organograma referente ao processo de análise

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ASELI – Atividades Sócio-educativas de Lazer com Idosos

AVD – Atividade de Vida Diária

CELARI – Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COMPESQ-ENF – Comissão de pesquisa da Escola de Enfermagem

ESF – Estratégia de Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

DGCC – Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF – Programa de Saúde da Família

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 CAMINHOS E EXPERIÊNCIAS.....	15
1.1 Apresentação.....	15
1.2 Introdução.....	19
2 OBJETIVOS.....	25
3 CONHECENDO O CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO.....	26
3.1 Panorama do envelhecimento inédito: a era do envelhecimento.....	26
3.2 Envelhecer com saúde na atualidade: independência, autonomia e capacidade funcional.....	36
3.3 Atendimento no SUS: legislação e estruturação da atenção básica ao idoso.....	42
4 INVESTIGANDO O IDOSO DO DGCC.....	48
4.1 Caminhos Metodológicos.....	48
4.1.1 Tipo de estudo.....	48
4.1.2 <i>Locus</i> da pesquisa.....	49
4.1.3 Caracterização dos sujeitos.....	52
4.1.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	54
4.1.5 Instrumentos.....	55
4.1.6 Análise dos dados.....	58
4.1.7 Procedimentos éticos.....	61
4.1.8 Limitações da pesquisa.....	62

5 DESVENDANDO O CENÁRIO INERENTE AS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	63
5.1 Primeira aproximação – Projeto piloto.....	63
5.2 Ida ao campo.....	64
6 O EMERGIR DAS CATEGORIAS.....	65
6.1 Ações: o que acontece – ou não – nas ESF.....	66
6.2 Percepções de saúde.....	78
6.3 Forever Young: para sempre jovem?.....	82
6.4 Vínculo.....	87
6.5 Necessidade de escuta.....	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
8 REFERÊNCIAS.....	101
9 APÊNDICES E ANEXOS.....	111

1 CAMINHOS E EXPERIÊNCIAS

1.1 Apresentação

Começo minha escrita contextualizando os motivos que me levaram a ela. E mais do que isso, para compreender quem sou hoje vejo a necessidade de compreender quem fui e os caminhos que me trouxeram até aqui. Mais do que entender os motivos, a ideia dessa apresentação é justificar o porquê da minha pesquisa, bem como os fatores que me conduziram a ela. Conto nessa primeira aproximação algumas das minhas vivências que antecederam essa pesquisa, falando de como influenciaram minhas escolhas e direcionaram o rumo dessa dissertação.

Quando iniciei minha formação acadêmica ao ingressar na graduação em 2009, ainda muito nova (tanto na idade cronológica, quanto na experiência de vida) e recém-saída do ensino médio, me deparei com uma gama imensa de áreas de atuação no campo da Educação Física. Percebi como minha visão era limitada e me encantei com a possibilidade de expandir meus horizontes. Muitas destas áreas, nem mesmo conhecia, mas desde o início da faculdade me despertaram interesse e, com o envelhecimento, não foi diferente. Logo no primeiro contato com os idosos tive a certeza de que aquela seria uma das escolhas que mais agregariam a minha formação, não só profissional, mas pessoal também. E de fato foi isso que aconteceu.

Ao longo de toda minha graduação pude ter contato com o público idoso. Sempre tive vontade de aprender mais sobre o envelhecimento e, essa curiosidade, tem me guiado até hoje. Boa parte das minhas experiências com os idosos se deu através do Projeto de Extensão Universitária CELARI (Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso), onde ingressei em 2010 quando ainda estava no terceiro semestre da faculdade e estou até hoje, mesmo depois de formada. No projeto, tive a oportunidade de vivenciar a realidade dessa população mais de perto e pude desenvolver atividades de pesquisa e de extensão com os idosos. Mais do que

ministrar aulas, esse período me ensinou muito, além das amizades que trago comigo desde então.

O projeto CELARI é um projeto que atende pessoas com mais de 60 anos, aberto à comunidade, com ênfase no envelhecimento ativo. Ele se localiza no Campus Olímpico, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no bairro Jardim Botânico de Porto Alegre (RS). O projeto oferece diversas atividades em forma de oficinas (nome escolhido para dimensionar a característica de construção de acordo com as necessidades e desejo do público) para os idosos. As aulas são ministradas por acadêmicos dos cursos de Educação Física e Dança, sob a supervisão de duas coordenadoras do projeto – uma professora do curso de Educação Física e uma assistente social. Este projeto também conta com a colaboração de outros cursos como Fonoaudiologia, Serviço Social, Teatro e Fisioterapia (os quais podem ser ampliados de acordo com a busca dos diferentes cursos: já houve intervenção com alunos da Pedagogia e Nutrição). Além das oficinas diretamente voltadas à atividade física regular (melhor dizendo, exercício físico)¹, também oferece atividades de cunho social visando sempre à integração e socialização de todos os participantes do projeto, como oficinas culturais, teatros, passeios e rodas de conversa. E isso sempre me chamou muito a atenção, pois pude ver que o contexto envolvendo o idoso que busca uma atividade física regular também deve ser considerado relevante.

Percebeu-se a necessidade de organizar uma nova proposta de extensão direcionada para atividades compreendidas como socioeducativas, além das físicas. Assim, foi criado em 2013 o projeto ASELI – Atividades Sócio-educativas de Lazer com Idosos, para suprir uma demanda existente naquela população, que atua em conjunto com o projeto CELARI. Ele aborda de uma forma mais abrangente questões referentes à socialização desses idosos, contribuindo de maneira positiva para a compreensão de

¹ Para Caspersen et al. (1985), atividade física pode ser compreendida como qualquer movimento corporal, que resulte em gasto energético, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental. Em contrapartida, o exercício físico pode ser definido como uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo final ou intermediário o aumento e/ou a manutenção da saúde e/ou da aptidão física. Existe ainda o conceito de “práticas corporais” que segundo FILHO, et al. (2010. p. 24) “vem aparecendo na maioria dos textos como uma expressão que indica diferentes formas de atividade corporal ou de manifestações culturais, tais como: atividades motoras, de lazer, ginástica, esporte, artes, recreação, exercícios, dietas, cirurgias cosméticas, dança, jogos, lutas, capoeira e circo.”

aspectos relevantes ao envelhecimento. Esse contato me mostrou a importância de contextualizar todas as ações desenvolvidas e valorizar os aspectos sociais que envolvem cada indivíduo, já que a realidade nem sempre é a mesma em todas as situações. No próprio ASELI estive diretamente envolvida com algumas ações como organização de eventos como o evento artístico cultural 'Arte em Cena na Terceira Idade', que conta com a participação de idosos de várias outras cidades. O projeto também já promoveu um trabalho junto a Prefeitura de Porto Alegre auxiliando na realização de várias atividades, além de oficinas como percussão, canto e jogos lógicos. Vale ressaltar que este é um programa em conjunto com o Projeto CELARI e surgiu para suprir a demanda existente da população atendida.

Esse vínculo direto com a população idosa, tanto durante a realização das atividades quanto na relação estabelecida com os alunos fora do contexto das aulas, contribuiu de forma importante e singular para minha formação. Dessa maneira, meu interesse em pesquisar os aspectos que envolvem o envelhecimento se tornou cada vez maior. Muito disso vem em decorrência da percepção sobre a maneira como a saúde está inserida na vida do idoso e como é primordial no seu cotidiano. Vejo que, principalmente para a população idosa, a ideia de saúde se vincula muito mais aos aspectos gerais do indivíduo, do que propriamente ao fato de estar livre de doenças. A saúde tem sido entendida num conceito amplo, abrangendo todas as esferas que envolvem o contexto em que o idoso se insere. Para entender a realidade do idoso, atualmente é necessário compreender que existem muitos fatores determinantes atuando sobre ele. Com a práxis se percebe que a saúde é um estado composto por múltiplas variáveis que se entrelaçam e se constituem de acordo com as vivências do cotidiano.

A universidade assume um papel importante frente ao atendimento e as ações de saúde. No caso da UFRGS especificamente, a atuação se dá no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, que é o território acadêmico destinado a ela na cidade de Porto Alegre. A Coordenadoria de Saúde (CoorSaúde) da UFRGS é um dos atores mais presentes nesse cenário, e busca através de projetos como o Pró Saúde atender as demandas e necessidades existentes. Este projeto consolidou o papel institucional da Universidade junto ao sistema de saúde local, fortalecendo a atuação em rede,

articulando e incluindo os cursos e projetos da área, tão relevantes para a atenção à saúde com qualidade e para as necessárias e desejadas mudanças na formação em saúde (COORSAÚDE, 2015).

Em um primeiro momento tive contato com os idosos que vinham até a universidade, e meu interesse agora é ir ao encontro dos idosos nos seus territórios de origem, seguindo a mesma perspectiva. Talvez esse ímpeto tenha se intensificado quando percebi o quanto essa área de estudo é relevante para o contexto social nos dias atuais e, principalmente, no futuro. Penso que só assim, indo ao encontro desses idosos em seus territórios de origem conseguirei compreender suas reais necessidades de saúde no cenário em que vivem.

1.2 Introdução

Estudos sobre o envelhecimento se fazem cada vez mais necessários, devido ao aumento da expectativa de vida e da quantidade de idosos na população. O aumento das faixas etárias mais avançadas é uma realidade cada vez mais comum atualmente. Segundo dados do IBGE no ano de 2008, a cada grupo de 100 crianças com idade entre 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos com 65 anos ou mais de idade. Enquanto as crianças dessa faixa etária correspondiam a 26,47% da população total, os idosos com 65 anos ou mais de idade representavam 6,53%. A perspectiva é de que em 2050, o grupo das crianças representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total (BRASIL, 2010).

A transição demográfica é uma realidade atual na sociedade brasileira e mundial, a partir desse fenômeno a faixa etária que mais cresce é a de indivíduos com mais de 60 anos (IBGE, 2010). O aumento da população idosa se mostra cada vez mais presente em nosso cotidiano, implicando em diversas mudanças na visão sobre o envelhecimento, visto que isso tudo ainda é bastante recente. Essas transformações ocorrem em nível mundial, porém não da mesma forma nos países em desenvolvimentos e nos países já desenvolvidos (VERAS, 2009). Na Europa essas alterações no perfil da população já vêm ocorrendo desde o período pós-revolução industrial, muito devido às mudanças na sociedade em geral e nos padrões de vida ocasionados pela urbanização das cidades. No Brasil, isso só passou a acontecer por volta da década de 1970, onde dados de queda na natalidade foram ligados ao maior planejamento familiar e fatores como surgimento da pílula anticoncepcional e da entrada da mulher no mercado de trabalho, bem como tantas outras alterações sociais ocorridas nesse período (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

O aumento na expectativa de vida das pessoas também influenciou a ocorrência desse fenômeno. Pensando assim, o Brasil está tendo que se adaptar às mudanças demográficas de uma maneira muito mais rápida do que os países ditos de primeiro mundo. Ao longo de três ou quatro décadas alcançamos parâmetros europeus em relação a faixas etárias avançadas, devido ao aumento da expectativa de

vida e diminuição nos níveis de natalidade, enquanto na Europa essas adaptações ocorreram ao longo de cerca de um século (IBGE, 2009).

No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões no ano de 1975, e chegou a 20 milhões em 2008, ou seja, houve um aumento próximo a 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009). Estudos, como o de Closs e Schwanke (2012), afirmam que o Brasil está cada vez mais em processo de envelhecimento da sua população. De acordo com Vasconcelos e Gomes (2012), entre os anos de 1980 e 2010, os níveis de mortalidade e fecundidade tiveram quedas acentuadas, em todas as regiões brasileiras. Nesse estudo, também se verificou o aumento da esperança de vida em todas as regiões, chegando a valores maiores que 70 anos em 2010. A região que se destacou por ter a maior expectativa de vida foi a região Sul (75,47 anos), seguida das regiões Sudeste (74,88 anos) e Nordeste (70,76 anos).

Para Cury et al. (2013), o processo de envelhecimento é um desafio para diversas áreas de conhecimento. Faz-se necessária a reflexão acerca de uma série de fatores que permeiam esse indivíduo, sendo que nenhum deles pode ser subjugado ou menosprezado. Dessa forma, cada vez mais se tornam relevantes estudos envolvendo o envelhecimento para que essa lacuna seja preenchida. O idoso não pode ser considerado apenas um corpo – falando no sentido mais biológico, ou um número se pensar em epidemiologia. As ações voltadas a essa população devem ser bem planejadas e executadas, por isso lidar com o envelhecimento é na realidade tão desafiador. As universidades possuem um papel social relacionado com as questões mais emergentes e atuais, sendo que a questão do envelhecimento é uma dessas. No caso da atenção ao idoso, a instituição universidade é uma das primeiras, no mundo inteiro, a se preocupar e dirigir ações. A principal é a criação de Universidades Abertas à Terceira Idade - UNATIs², a qual oferece atividades de ensino, pesquisa e extensão, as quais procuram melhores formas de compreender esse processo, e assim poder

² De acordo com o Dicionário interativo da educação brasileira, “*universidade aberta à terceira idade*” é [...] denominação oficial do programa com cursos de atualização oferecidos pelas universidades à população mais idosa, também chamado de universidade da terceira idade, faculdade livre da idade adulta ou universidade da maturidade; a faixa etária dos alunos varia entre 40 e 80 anos e ao longo do curso não há provas e trabalhos obrigatórios; os preços e a periodicidade variam muito segundo a instituição, em geral, as aulas acontecem de duas a três vezes por semana no período da tarde; para ingressar nessas universidades não é preciso prestar vestibular e apresentar diploma de primeiro ou segundo grau.

interferir de forma eficaz, considerando a especificidade de cada área do conhecimento. O trabalho de Veras e Caldas (2004) discute a importância desse tipo de ação que tem como pressupostos básicos a interdisciplinaridade, a participação social e a promoção da saúde, como uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Quanto ao conceito de envelhecimento, percebe-se o mesmo como um fenômeno multifatorial, ou seja, que envolve tanto os fatores biológicos, como os psicológicos e os sociais. Assim como, também pode ser considerado multidimensional, justamente por envolver as mais diversas dimensões da sociedade, como o trabalho e a aposentadoria, a família e as relações estabelecidas, ou as oportunidades que cada indivíduo teve ao longo de sua vida (GONÇALVES, 1999). Essa complexidade torna o público idoso mais heterogêneo para lidar do que as outras idades, fato influenciado até mesmo pelo acúmulo de anos de vida. Frente a todos os aspectos relacionados ao processo de envelhecimento, se tornam aparentes as necessidades de saúde desses indivíduos.

Assim como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são determinadas por contextos históricos e culturais. Não estando ligadas somente à conservação da vida, mas à realização de projetos e à capacidade de adaptação de cada indivíduo independente da idade em que se encontre. Para entender a concepção de necessidade de saúde dos sujeitos é necessário partir da busca da compreensão do mundo biológico, psicológico e social, a qual ocorre pela capacidade do ser humano de se adaptar, a partir de cada estímulo a uma nova situação (MELO FILHO, 1995). De acordo com Lima e Tocantins (2009, p. 368): “uma assistência voltada para as necessidades de saúde requer atenção à vida cotidiana do idoso, conhecendo seu modo de ser e pensar, ou melhor, repensando e redescobrimo prioridades para o planejamento das ações.” Para isso é preciso estar a par das demandas envolvendo estes indivíduos, principalmente no que se refere a sua saúde, uma vez que o sujeito idoso está inserido numa sociedade e num grupo social, suas adaptações ocorrem de maneira constante. Ao passo que, os seres humanos não mantêm os mesmos padrões estáticos ao longo do tempo, muito pelo contrário, mudam o tempo todo o seu modo de agir para fazer frente às demandas da vida que se alteram ao longo da existência, se

adaptando ou não a elas (OLIVEIRA, 2002). A natureza do ser humano carrega consigo diversas necessidades ao longo de toda a vida, em suas diferentes fases. No caso do idoso, não é diferente, pois há o surgimento de novas necessidades ao decorrer do tempo, assim como há alterações nas necessidades já existentes em seu cotidiano.

Para a Organização Mundial da Saúde (2005, p. 13), “a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou doença”. Ao entender esse conceito percebe-se que, a ideia de saúde se vincula muito mais aos aspectos gerais do indivíduo, do que propriamente ao fato de estar livre de doenças. A saúde tem sido entendida num conceito amplo, abrangendo todas as esferas que envolvem o contexto em que a pessoa se insere. Para entender a realidade do idoso, atualmente é necessário compreender que existem muitos fatores determinantes atuando sobre ele. De maneira geral, questões como o acesso a informação, aos serviços de saúde e a opções de lazer e prática de atividades físicas atingem certamente essa faixa etária.

Para alguns autores da área da Saúde Coletiva, o conceito ampliado de saúde envolve mais do que características abstratas ou concretas. De fato, tem muito mais a ver com a multidimensionalidade e a singularidade ao recriar sua vida através do seu modo de ser (BERNARDES, *et al.* 2005; REIS, 1999; CASTELLANOS, 1998). Talvez por esse motivo, seja válido questionar a visão claramente biológica e o modo de ver e agir sobre a vida dos indivíduos de maneira cada vez mais fragmentada e impositiva, o que se aplica também as comunidades. Assim, a situação de saúde se vincula com a vida cotidiana, tanto de indivíduos quanto de populações, dependendo de vários fatores articulados aos determinantes de saúde, como as condições ambientais, de trabalho e culturais, por exemplo.

Os sujeitos mencionam a necessidade de mais compreensão dos aspectos envolvidos em todo o seu cotidiano. Obviamente questões como a funcionalidade e a independência são também muito importantes e são frequentemente mencionadas nas falas dos idosos. Para pensar nessa necessidade de uma maneira ampla é preciso entender o conceito de qualidade de vida, que também se relaciona a essa perspectiva, pois considera a percepção própria do indivíduo. Para Minayo (2000), a

qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que estabelece uma aproximação com o grau de satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. O termo “qualidade de vida” abrange vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, reportando variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo dessa forma uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A partir dessa demanda, as ações de promoção da saúde aparecem como uma estratégia de apoio para a mudança de estilo de vida do idoso. A incorporação de um estilo de vida mais ativo passa a levar em conta o meio em que o indivíduo está inserido e todas as variáveis que influenciam nesse processo. Deixa-se de pensar primeiro na doença e passa-se a priorizar o indivíduo, assim como tudo que o cerca. Buss (2000, p.17) define promoção da saúde como: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. O conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, propiciam a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais. Essas ações favorecem o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias para que a população tenha maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, nos níveis individual e coletivo (BUSS, 2000).

O público idoso necessita de mais estudos voltados aos aspectos gerais do envelhecimento, uma vez que os estudos existentes nesse âmbito ainda são incipientes. Mesmo sabendo que a percepção de envelhecimento conhecida pelo senso comum ainda vê o envelhecimento como sinônimo de declínio e degeneração, muito pode ser realizado para que este tipo de visão seja alterado.³ A visão de saúde como conceito ampliado, que leva em consideração todas as demandas dessa população se torna, ainda que aos poucos, cada vez mais presente nessa discussão.

A saúde passa a ser garantida como direito universal a partir da Constituição de 1988, e teve como marco inicial de sua discussão a 8ª Conferência de Saúde (BRASIL,

³ Para Neri (2007), o indivíduo idoso não se reconhece velho e, à medida que envelhece, tende a assimilar a idade cada vez mais avançada com a entrada na última fase do ciclo vital.

1986). Como fruto desse debate, o SUS foi instituído como o sistema que tem por objetivo garantir esse acesso a todos. Sendo assim, se torna, na sociedade, o meio que a população tem para suas demandas de saúde. Desse modo, o idoso se insere nesse meio através de políticas públicas voltadas ao atendimento de suas necessidades. Nesse contexto, os idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente se apoiam em alguns recursos como as políticas públicas voltadas para essa faixa etária, por exemplo, a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Tais propostas, sob a visão da Saúde Coletiva surgiram para assegurar os direitos da pessoa idosa, principalmente os que se referem à saúde, sendo permeadas pelas diretrizes e pelos princípios do SUS. Justamente pelo caráter que assumem é que pretendeu-se investigar essa parcela da população idosa, que utiliza esses recursos, além disso, as demandas de saúde desses idosos.

Nessa mesma perspectiva ressalta-se a importância do conhecimento sobre as ações de saúde desenvolvidas com a população idosa e como as demandas de saúde tem necessidade de serem identificadas. Fazendo esse levantamento, novas ações podem ser propostas e assim, proporcionar melhor atendimento dessa faixa etária. A partir de uma visão mais holística sobre o processo de envelhecimento, se faz possível observar aspectos relevantes que ainda interferem na vida do idoso. Pensar a saúde do idoso atualmente é muito mais do que se podia pensar em tempos passados. Esse fenômeno abrange toda a sociedade se reflete nas mais distintas esferas sociais, dentre as quais a saúde se enquadra também. Por isso, de certa forma, instigou-se a investigação a cerca das demandas de saúde da população idosa, num cenário vinculado a realidade dos sujeitos, para tentar entender tal fenômeno.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Investigar as necessidades de saúde da população idosa e ações desenvolvidas no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal em Porto Alegre (RS).

Objetivos específicos

- Identificar as demandas de saúde de idosos no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal em Porto Alegre (RS), a partir da percepção do idoso e do gestor;
- Identificar a oferta de ações nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal em Porto Alegre (RS) existentes e sua efetividade a partir da percepção do idoso e do gestor.

3 CONHECENDO O CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO

3.1 Panorama do envelhecimento inédito: a era do envelhecimento

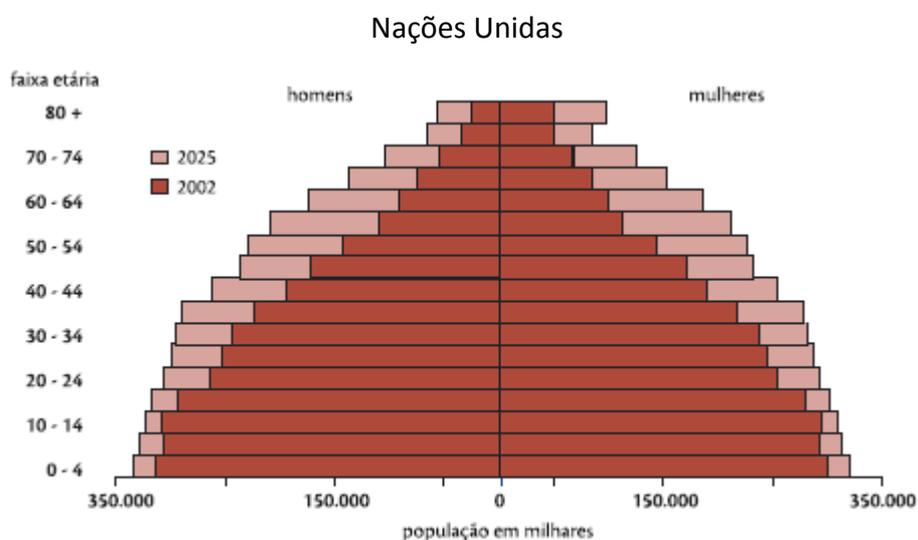
Quando se decide estudar o envelhecimento humano, mais especificamente a saúde do idoso, percebe-se que não se pode limitar o conhecimento apenas a fatores biológicos, mas é preciso olhar esse fenômeno de maneira geral. É necessário enxergar o contexto envolvendo esses indivíduos e entender de que forma eles se colocam e se posicionam na sociedade atual. Da mesma forma, também se faz necessária a discussão acerca dos serviços de saúde voltados para essa população, ou seja, um debate sobre como a sociedade se posiciona frente a essa realidade. Partindo dessa ideia, é fundamental contextualizar os fatores demográficos brasileiros e mundiais envolvendo o idoso ao longo do tempo e, principalmente, na atualidade.

O número cada vez mais elevado de idosos na população é uma realidade ainda muito nova, visto que não se pensava em como lidar com esse fenômeno do envelhecimento até pouco tempo atrás. Atualmente, os chamados países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil se inclui, vêm sofrendo alterações relevantes ao longo do tempo nas suas características demográficas. De maneira geral, houve um aumento significativo nos índices de expectativa de vida, seguidos de uma menor natalidade da população brasileira (IBGE, 2009). Na década de 1950, a idade mediana apontava que metade da população estava abaixo de 19 anos e a outra metade acima. Sendo assim, quase metade da população brasileira era menor de idade. Em 1980, a idade mediana passou para 20 anos e chegou a 25 anos no ano 2000. Segundo as projeções da Divisão de População da ONU, a idade mediana será de 37 anos em 2030, de 47 anos em 2060 e de 50 anos em 2100. Caso essas projeções venham a se confirmar, no final do século XXI, 50% da população terá mais de 50 anos de idade, sendo que as pessoas com esta idade, em 1950, eram apenas 11% da população total (ALVES, 2014).

De acordo com o CENSO de 2010 (IBGE, 2010), o número de idosos na sociedade brasileira já alcança 21 milhões de indivíduos, e esses indivíduos estão atingindo uma idade cada vez mais avançada. Não é incomum encontrar idosos com

mais de 80 anos com bons níveis de qualidade de vida. A parcela da população chamada de centenária também vem aumentando em decorrência desse fenômeno, e os idosos longevos já se destacam nesta faixa etária.

Figura 1 - Projeção da pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025, segundo as



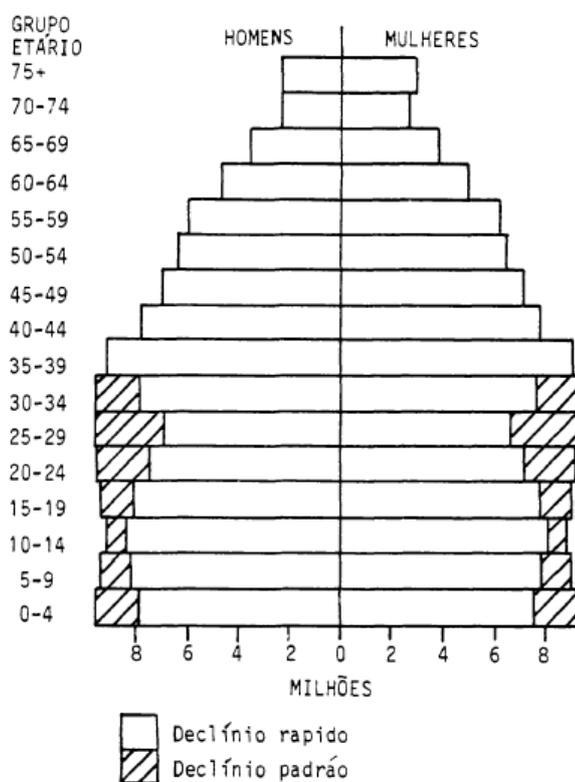
Fonte: Nações Unidas (2001, p. 189)

O perfil epidemiológico da população tem apresentado mudanças com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade, além das modificações populacionais. O quadro das doenças infectocontagiosas e pulmonares, que era responsável por aproximadamente a metade das mortes registradas no país em meados do século XX, é responsável por menos de 10% hoje em dia, ocorrendo o oposto em relação às doenças cardiovasculares. Em menos de 50 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, características de faixas etárias mais avançadas (IBGE, 2009).

Um dos primeiros estudos brasileiros a abordar essa temática da transição demográfica e epidemiológica foi o de Kalache e colaboradores, em 1987. Nesse estudo, os autores trazem um levantamento de dados que explora as diferenças entre as regiões brasileiras e, ainda, faz algumas comparações e ligações entre o nível socioeconômico e o nível de escolaridade destes idosos. Foi de fato um estudo

inovador para a área do envelhecimento porque pouco se analisava os dados epidemiológicos em um sentido que possibilitasse vislumbrar o fenômeno do envelhecimento da população. Nesse estudo, foram realizadas as primeiras projeções relativas à progressão demográfica esperada para os dias de hoje. Ainda na década de 1980, os autores já projetavam como seria o perfil da população brasileira e já esperavam pelo aumento das faixas etárias mais avançadas, o que pode ser visto na Figura 2.

Figura 2 – Pirâmides etárias do Brasil no ano de 2000, assumindo declínios de fertilidade padrão e rápido



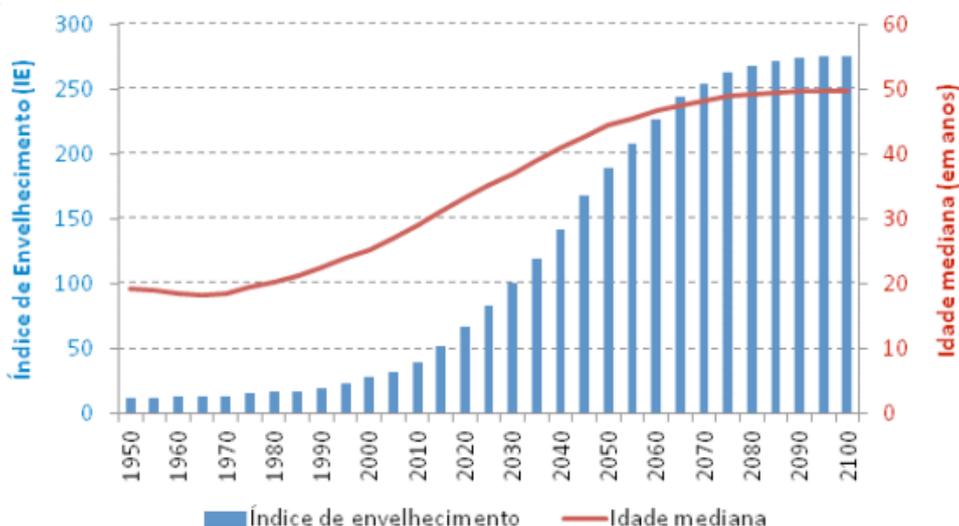
Fonte: Kalache *et al.* (1987, p. 205)

Os autores descrevem a transição demográfica como decorrência de quatro estágios, sendo eles: 1) mortalidade concentrada nos primeiros anos de vida, ou seja, grande percentagem da população é jovem; 2) mortalidade decresce e as taxas de crescimento aumentam ou se mantêm elevadas, assim a percentagem de jovens na população aumenta; 3) taxas de fertilidade decrescem e a mortalidade continua a cair, aumentando a percentagem de adultos jovens e, progressivamente, de pessoas idosas;

4) mortalidade em todos os grupos etários continua a cair, gerando, assim, aumento contínuo na percentagem de idosos na população (KALACHE *et al.*, 1987).

Juntamente com os estágios citados anteriormente, a faixa etária dos idosos é a que mais cresce, refletindo esse fenômeno brasileiro e mundial. Dentre a população idosa, a faixa etária que mais cresce é a de pessoas com 80 anos de idade ou mais, fenômeno inédito até então na demografia brasileira. De acordo com o último Censo (IBGE, 2010), o número de idosos longevos tem aumentado consideravelmente no Brasil, chegando a quase 1% do total da população. Esse fato se torna relevante, visto que no Censo de 2000 esse valor não aparecia em termos percentuais. Tais padrões podem ser observados pelo chamado Índice de Envelhecimento (IE) expresso pela Figura 3, que mostra, além do índice de envelhecimento, a idade mediana dessa população. Para o IBGE (2010), este índice é expresso pelo número de pessoas com 60 anos de idade ou mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade em uma população residente em um determinado espaço geográfico, de acordo com o ano considerado.

Figura 3 - Índice de Envelhecimento (IE) e idade mediana da população brasileira: 1950-2100



Fonte: World Population Prospects: The 201 Revision. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

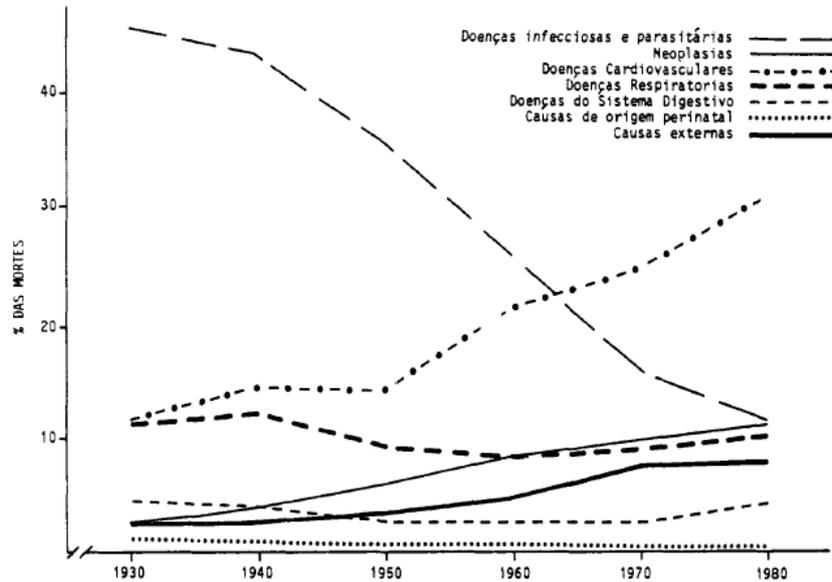
Como dito anteriormente, o Índice de Envelhecimento (IE) se dá pela razão entre o número de idosos (≥ 60 anos) dividido pelo número de crianças e adolescentes (idade entre 0 e 14 anos), vezes 100, ou seja, a razão entre o topo e a base da pirâmide. O Índice de Envelhecimento era de 12 idosos para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, em 1950. Passou para 17 em 1980, e chegou a 28 em 2000. A tendência é de que cresça cada vez mais esse número. Estudos apontam uma tendência ao aumento proporcional no IE maior em países em desenvolvimento quando comparados com os países já desenvolvidos, invertendo assim a razão atual (GAVRILOV e HEUVELINE, 2003).

De acordo com o estudo de Vasconcelos e Gomes (2012), o Brasil sofreu uma total transformação no seu perfil demográfico. O perfil de uma sociedade predominantemente rural e tradicional, com famílias numerosas e com risco elevado de morte na infância, foi dando lugar a uma sociedade com características cada vez mais urbanas, com diversos arranjos familiares, ou seja, famílias com filhos, sem filhos, unipessoais, homoafetivas, dentre outras categorias. Outro fator que contribuiu para esse contexto atual foi a redução dos índices de mortalidade infantil, além dos benefícios decorrentes da inovação tecnológica que propiciou melhorias no

atendimento em saúde e na manutenção da qualidade de vida em todas as faixas etárias, principalmente durante o envelhecimento, contribuindo, assim, para o aumento na expectativa de vida. Todas essas alterações e a mudança de hábitos como, por exemplo, a adoção de um estilo de vida mais ativo, o maior acesso à medicina e ao saneamento e até mesmo o maior acesso à informação, quando incorporadas no cotidiano do idoso, de um modo geral, contribuiriam para a formação do perfil dessa população nos dias de hoje. Todas as mudanças ocorridas na sociedade de maneira geral, de alguma forma refletiram no chamado arranjo demográfico brasileiro. Esses dados se transformaram à medida que os hábitos de vida e as pessoas se transformaram também. Por isso esse fenômeno pode ser considerado complexo e multifatorial.

Fatores como a mudança nos hábitos de vida e nos padrões de comportamento são extremamente atuais, e influenciaram nesse processo de transição demográfica decorrente da redução de mortes por doenças infectocontagiosas e do aumento considerável nas doenças crônico-degenerativas. Esse fato ocorre pela acentuação de fatores de risco ligados às condições de vida urbana como estresse, sedentarismo e alimentação inadequada. No estudo de Kalache *et al.* (1987), foram realizadas as primeiras abordagens epidemiológicas acerca das mudanças nas causas de morte da população brasileira. Na Figura 4, fica clara a diminuição da morte por doenças infectocontagiosas e o aumento das chamadas doenças crônico-degenerativas citadas anteriormente. Essas alterações começam a ser diagnosticadas a partir dos primeiros estudos voltados às causas de morte e doenças em idades mais avançadas. Com a mudança no perfil dessas enfermidades, que deixaram de ser quadros mais agudos, que acometiam geralmente a população mais jovem, essas doenças passaram a ser casos mais crônicos, que acometem as pessoas com idades cada vez mais avançadas. De acordo com o estudo de Alwan e outros autores (2010), o percentual de óbitos relacionados a doenças crônicas não transmissíveis chegou a 68%, não apenas no Brasil, mas também em nível mundial.

Figura 4 – Evolução das causas de morte nas capitais brasileiras entre 1930 e 1980 (em percentagens)



Fonte: Kalache *et al.* (1987, p. 206)

A abordagem dos autores é fundamental para a compreensão sobre o fenômeno referente às causas de morbimortalidade da população. Durante esse período, o perfil das doenças e das causas de morte influenciou diretamente o processo de envelhecimento, das pessoas que atualmente se encontram em faixas etárias mais avançadas. Alguns dos fatores contribuintes para estas alterações que podem ser referidos são a vacinação (imunizações), o maior acesso ao saneamento básico e os próprios avanços da medicina que ocorreram ao longo das décadas. Atualmente, as projeções feitas pelos autores têm se confirmado, tendo na literatura contemporânea outros estudos que comprovam o que foi dito anteriormente. Por exemplo, no estudo de Silva *et al.* (2015), os autores salientam o fato de que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis atualmente por grande parte da morbimortalidade do Brasil, atingindo principalmente a população idosa. Sendo assim, faz-se necessário muito investimento em monitoramento e investigação junto aos idosos, uma vez que o perfil das doenças tem se modificado constantemente.

Mudanças sociais também tiveram participação neste processo. Alterações do papel social da mulher nas últimas cinco décadas desencadearam uma série de novos hábitos, uma vez que agora ela não se volta apenas para o lar e a família, mas se insere também no mercado de trabalho e acumula, muitas vezes, uma jornada dupla. Associa-se a esse fator a maior escolarização das mulheres. O planejamento familiar, a partir da criação da pílula anticoncepcional e de outros métodos anticoncepcionais, permitiu maior autonomia e controle sobre a gravidez e sobre os níveis de fecundidade. Essa diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida foram os fatores mais derradeiros na construção da pirâmide etária atual, bem como na construção do perfil do idoso brasileiro atual. Como citado anteriormente, em virtude do aumento desta parcela da população, os idosos participam e intervêm na sociedade de forma mais ativa. Cada vez mais chegando a idades mais avançadas dotados de lucidez e qualidade de vida, buscam a conscientização de seu papel na sociedade e tentam romper com a estigmatização da velhice. Esses indivíduos almejam, além de tudo, valorização e respeito (CURY *et al.*, 2013).

Para Minayo (2012, p. 208), os novos padrões revelados pela revolução demográfica brasileira constituem uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e para a sociedade. A partir desse novo olhar, ficam claras as necessidades de atenção para esta população, sendo o idoso protagonista da sua história. A autora ainda acrescenta:

É crucial investir na promoção da autonomia e da vida saudável desse grupo social, assim como prover atenção adequada às suas necessidades. Esse novo tempo dos velhos requer planejamento, logística, formação de cuidadores e, sobretudo, sensibilidade para saber que de agora em diante a população idosa veio para ficar e continuará aumentando até os anos 2050.

Como resultado desse crescimento da população idosa e do reconhecimento desta faixa etária como importante participante da sociedade, todos os serviços, incluindo os de saúde, sofreram influência deste fenômeno. Uma série de políticas públicas voltadas aos idosos tem surgido nos últimos anos, principalmente no âmbito da Saúde Pública, procurando possibilitar maior acesso a informação e atenção em saúde. Muitas destas políticas surgem a partir do próprio idoso que assume seu

protagonismo. Para Cury *et al.* (2013), a população idosa está tendo maior visibilidade perante a sociedade e na política como uma parcela da população que se articula e reivindica por seus direitos.

Fernandes e Soares (2012) ainda ressaltam que o bem-estar das pessoas idosas é em grande parte dependente da maneira como é realizada a alocação de recursos em outros setores, além da saúde. Os autores consideram relevantes, nessa perspectiva, o idoso no mercado de trabalho e a feminização da velhice, fenômenos atuais característicos da velhice. Em sua discussão ressalta-se a importância do debate entre a população e os gestores a respeito das necessidades dessa população de idosos, assim como a integração das redes de atenção para a pessoa idosa que ainda se mostram insipientes para a heterogeneidade. Todas essas transformações foram acompanhadas e vividas por esses sujeitos ao longo de todo esse processo, propiciando ao idoso atual a participação na construção deste processo. Nessa mesma vertente, surgem novas ideias e novos olhares para o idoso na sociedade atual, em que a pessoa idosa assume um papel de protagonista da sua história e participa de forma ativa da tomada de decisões, dentre as quais o envelhecimento ativo se encaixa.

Segundo o conceito da OMS (2005, p.13), envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” Esse conceito foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final da década de 1990. Seu intuito é passar uma mensagem além do dito envelhecimento saudável, considerando os mais diversos fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem para além da saúde. Ou seja, que o idoso tenha ao longo da vida uma participação ativa nos domínios sociais, econômicos, cívicos, culturais e espirituais, não apenas o fato de estar fisicamente ativo ou permanecer no mercado de trabalho. Desta forma, a proposta de envelhecimento ativo surge como uma política de saúde, que é composta por um conjunto de determinantes comportamentais, pessoais, de ambiente físico, de ambiente social, econômicos, de sistemas de saúde e serviço social, culturais e de gênero (OMS, 2005). Ao serem estabelecidos estes critérios, percebeu-se a propriedade de agir efetivamente sobre o

processo de envelhecimento de cada um desses determinantes, visando afetar a saúde e o bem-estar do idoso.

Figura 5 - Determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OMS, (2005, p. 19)

É necessário conhecer profundamente como esses determinantes refletem na vida dos idosos, pois, a partir desse conhecimento, os profissionais de saúde teriam indicadores para trabalhar nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (NESPE, FIOCRUZ e UFMG, 2002). Tendo em vista os pilares de sustentação do SUS, que orientam sua organização e seu funcionamento nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 2007), a incorporação de novos hábitos se faz cada vez mais presente na realidade da população.

3.2 Envelhecer com saúde na atualidade: independência, autonomia e capacidade funcional

A ação de envelhecer é considerada um processo universal, dinâmico e irreversível, sendo um fenômeno dinâmico e progressivo, geralmente caracterizado por alterações morfológicas, físicas, psicológicas, fisiológicas e bioquímicas que tendem a agravar as condições de vida da pessoa idosa (COELHO *et al.*, 2013). Para Okuma (1998), o envelhecimento é também um processo biológico cujas alterações determinam certas mudanças estruturais no corpo e, em decorrência disso, alteram suas funções. Esse processo se caracteriza por apresentar dimensões que ultrapassam os aspectos puramente biológicos, podendo acarretar, também, consequências sociais e psicológicas.

A discussão acerca das mudanças ocorridas ao longo do tempo decorrentes do processo de envelhecimento está cada vez mais em voga nos dias de hoje. É normal que haja um aumento no interesse sobre esse tema, uma vez que tal fenômeno ainda é bastante recente. O processo de envelhecimento é caracterizado como uma fase de mudanças e adaptações, embora não da mesma forma e nem na mesma época para todas as pessoas (LITVOC; BRITO, 2004). As mudanças no perfil dos idosos estão relacionadas a múltiplas dimensões, desde fatores referentes à epidemiologia (alterações nas causas de morbimortalidade ou nos fatores demográficos) até mesmo questões sociais que influenciam a realidade da população idosa.

No Brasil, há um aumento gradual da população idosa. A maior parte dessa população ainda é composta pelo sexo feminino, visto que a feminização da velhice é um fenômeno já referenciado na literatura (NERI, 2007). Quanto à situação conjugal, o IBGE (2010) ressalta que grande parte dos idosos são casados e moram com o cônjuge ou com alguém da própria família. Destaca-se também o fato de cada vez um número maior de idosos estarem morando sozinhos e a transição do meio rural para o urbano. A escolaridade de idosos no Brasil ainda é considerada baixa, pois 30,7% têm menos de um ano de escolaridade (IBGE, 2010). Outro dado ainda chama a atenção: cerca de 50% da população idosa brasileira possui apenas o ensino fundamental. Apenas 26%

conseguiram terminar o ensino médio e 12% dos idosos no Brasil concluíram o ensino superior. Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) mostram que 9,4% das pessoas com idade entre 60 e 64 anos são analfabetas no Brasil e, para as pessoas de 65 anos ou mais, esse percentual aumenta para 29,4%. Mais um fato relevante que se refere a essa parcela específica da população faz menção aos níveis de atividade física e de sedentarismo. Atualmente, 13,6% dos sujeitos com mais de 60 anos não são sedentários no Brasil (IBGE, 2014). Quanto à idade média dos idosos no Brasil, o maior percentual se concentra entre 60 e 64 anos (48,4%).

Segundo o Observatório da cidade de Porto Alegre (2015), do total de idosos residentes na capital gaúcha em 2010, 62,25% eram mulheres, enquanto 37,75% eram homens. Dentre as capitais, Porto Alegre ainda se destaca por ser a que apresenta o maior percentual de idosos (15,04%), seguida pela cidade Rio de Janeiro (14,89%) e por Belo Horizonte (12,61%). Palmas era a capital com o menor percentual de idosos atualmente (4,37%). Quanto à cor/raça dos idosos, em Porto Alegre a preponderância da cor/raça nesta faixa etária era a branca, chegando a 85,93%. Por sua vez, 13,54% declararam-se da cor negra - sendo que a categoria negra é a junção de duas outras categorias utilizadas pelo IBGE, quais sejam, preta e parda -, 0,31% declararam-se amarela e 0,23%, indígena. A renda nominal média das pessoas com mais de 60 anos em Porto Alegre é de R\$ 3.094,19, valor alto para a realidade brasileira, em que apenas 22,9% dos idosos têm renda de mais de dois salários mínimos (IBGE, 2010).

Quanto à moradia, no estudo de Braga e Lautert (2004), identificou-se que 23,65% dos idosos entrevistados em Porto Alegre disseram residir apenas com o(a) companheiro(a), 27,74% com companheiro(a), filhos(as) e/ou netos(as), 30,45% moram com filhos(as) e/ou netos(as), 10,45% moram sozinhos, 5,91% moram com parentes (irmãos, irmãs, tios(as), primos(as)), 0,90% moram com não parentes e 0,90% afirmam morar com empregados. Tais dados se fazem necessários para a compreensão da realidade em que vive o indivíduo idoso nos dias de hoje e de quem são estes idosos. Sendo assim, esses dados podem ser um ponto de partida para a elaboração de ações e políticas públicas direcionadas à população idosa, gerando, assim, práticas de saúde mais efetivas à realidade dessa parcela específica, atendendo suas necessidades decorrentes.

Dentre as principais causas de morte da população gaúcha com idade superior a 60 anos destacam-se as doenças cardiovasculares e as neoplasias, as quais estão diretamente relacionadas ao envelhecimento (GOTTLIEB *et al.*, 2011). Foi verificado no estudo de Pinto e Barros (2007) que 61% dos idosos necessitaram de serviços de saúde em um período de 6 meses, e 6,6% referiram pelo menos uma internação. Outro dado interessante citado pelos autores é que 78,1% dos idosos apresentam entre 1 e 5 doenças crônicas associadas. Frente a esse aumento nas doenças ditas crônico-degenerativas, há uma alteração na percepção do idoso sobre seu estado de saúde. No estudo de Nogueira *et al.* (2014), 69,5% dos idosos participantes autoavaliaram sua situação de saúde como ruim ou péssima. Esse dado é bastante preocupante e os autores ainda acrescentam que, quanto maiores os níveis de depressão, pior foi a autopercepção de saúde. Além disso, a autopercepção considerada ruim eleva o risco de mortalidade, interfere no bem-estar e na satisfação com a vida (TAVARES *et al.*, 2008). Para Lima-Costa *et al.* (2003), a percepção da própria saúde é um indicador consistente do estado de saúde dos idosos, pois prediz a sobrevivência dessa população. Porém, no estudo de Pilger *et al.* (2011), em Guarapuava, 54,6% dos entrevistados consideraram sua saúde “boa” e apenas 31,5% dos idosos consideraram “ruim”. É importante que a percepção da saúde dos idosos seja reconhecida pelos profissionais, a fim de auxiliar na implementação de ações individuais e coletivas que promovam melhoria do seu estado geral de saúde.

Destacam-se as necessidades de saúde dos idosos e a preocupação atual frente à capacidade funcional desses indivíduos. Dentre essas necessidades, ressaltam-se os maiores níveis de fragilidade física decorrentes do processo de envelhecimento e a manutenção de sua capacidade funcional. Spirduso (2005), ao falar sobre o envelhecimento, enfatiza que a saúde física é composta por três componentes: condição física, estado funcional e estado de saúde subjetiva. A relação entre saúde e bem-estar é bidirecional: sensações de bem-estar influenciam comportamentos em relação à saúde e vice-versa. Aquelas pessoas que possuem sensação de bem estar e satisfação pessoal em suas vidas apresentam maior probabilidade de tomar atitudes para manter a saúde e prevenir doenças. Tais afirmações confirmam o olhar do conceito ampliado de saúde sobre a vida das pessoas idosas. Segundo a autora, todas

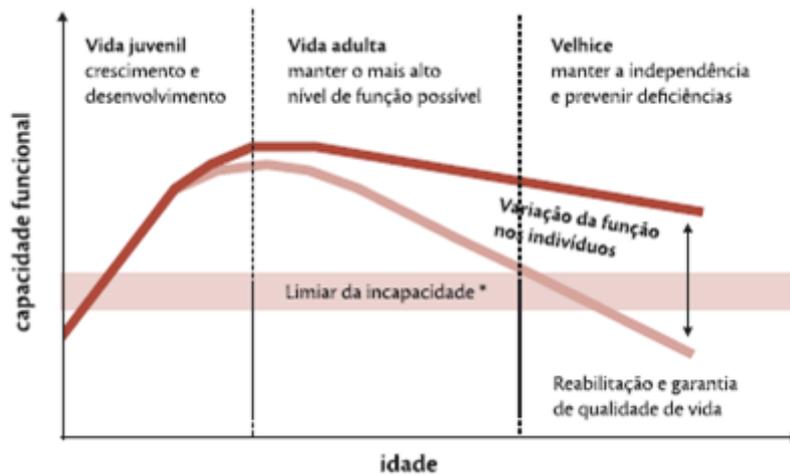
as pessoas envelhecem, porém de modo diferente e em diferentes ritmos: algumas pessoas vivem mais e têm uma qualidade de vida melhor do que outras. Compreender tais processos fundamentais de envelhecimento é essencial para determinar as causas e maneiras de intervenção:

O objetivo da saúde aplicada e de cientistas sociais é mudar a forma da curva de sobrevivência humana para que a maioria das pessoas possa viver mais e para que fatores controláveis, como restrição alimentar, nutrição e nível geral de atuação e atividade física possam oferecer alguma perspectiva para atingir esse objetivo (SPIRDUSO, 2005, p. 6).

As ações de saúde voltadas para essa população têm relação direta com os aspectos trazidos pela autora anteriormente. A capacidade funcional aparece nesse contexto como o principal orientador do trabalho com idosos. Ela pode ser definida como a habilidade em executar tarefas físicas, tendo preservadas suas atividades mentais e situações adequadas de integração social (LITVOC; BRITO, 2004), assumindo papel importante na vida do idoso. Fatores que interferem na funcionalidade dessa faixa etária estão diretamente relacionados com a qualidade de vida e a capacidade funcional dos idosos. Assim como nas demais fases da vida, a autonomia e a independência são muito valorizadas, e no envelhecimento não é diferente.

O conceito de autonomia se dá pela habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver o cotidiano de acordo com suas próprias regras e preferências. Por sua vez, o conceito de independência é entendido como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou seja, pela capacidade de viver independentemente na comunidade com algum ou nenhum auxílio de outras pessoas (OMS, 2005). No documento da Organização Mundial da Saúde sobre o Envelhecimento Ativo de 2005, também é citado outro dado do estudo de Kalache e Kickbucsh (1997) referente à manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida.

Figura 6 – Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida



Fonte: Kalache e Kickbusch (1997, p. 5)

Conforme o estudo dos autores, ao longo da vida existe um declínio esperado nos níveis de capacidade funcional. Há uma tendência, de acordo com o aumento da idade, a maiores níveis de fragilidade e incapacidade, bem como um aumento das necessidades de saúde desses indivíduos. Segundo a OMS (2005), os idosos não constituem mais um grupo homogêneo, e cada vez mais a individualidade e a diversidade entre os sujeitos tende a aumentar. Existe ainda um limiar da incapacidade funcional que se torna fator limitante para a realização das Atividades de Vida Diárias (AVDs). Dependendo dos estímulos recebidos durante o curso da vida e dos hábitos que esse indivíduo adota é que ocorre a variação da função de cada um. A definição de incapacidade funcional, de acordo com Yang e George (2005), é a inabilidade ou a habilidade diminuída na realização das tarefas de autocuidado necessárias para uma vida independente na comunidade. Para Camargos (2004), a incapacidade funcional é descrita como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do dia-a-dia do ser humano dentro dos padrões considerados normais. Ou seja, quando o nível de variação ultrapassa o limiar desse indivíduo, o mesmo passa a ser classificado como incapaz, sendo a reabilitação o caminho indicado para manutenção da capacidade funcional.

Mesmo com as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, a maioria dos idosos procura manter sua independência e autonomia. Existem

programas voltados para atender a essa parcela da população. Muitos deles têm como objetivo a manutenção das variáveis citadas acima e a preservação da capacidade do idoso de realizar suas AVDs. Diversas são as atividades executadas por esse grupo de pessoas, e há ainda uma procura pelo convívio em grupo e com outras pessoas da mesma faixa etária. Existem ainda Grupos de Promoção à Saúde (GPS) que oferecem atividades no próprio SUS, e essa tem sido uma das alternativas para atender as demandas existentes para a população idosa. Segundo Santos *et al.* (2006, p. 351), tais grupos “podem servir ao urgente empreendimento de atendimento interdisciplinar à crescente demanda de idosos a serem assistidos nos sistemas de saúde do século XXI.”

Para Barbosa *et al.* (2014), a busca das equipes da Estratégia da Saúde da Família pela promoção da saúde e pela prevenção de doenças, assim como por intervenções terapêuticas que possam minimizar os fatores que interferem na capacidade funcional, tem se tornado essencial. Aspectos relacionados à manutenção de variáveis, como a capacidade funcional, nessa faixa etária são uma aposta para o futuro. Frente a essa perspectiva, novas propostas são possíveis e necessárias para a atenção em saúde dos idosos no cenário atual. Para tanto, a incorporação de atividades voltadas especificamente para esse público se torna uma alternativa viável para a situação do sistema de saúde.

3.3 Atendimento no SUS: legislação e estruturação da atenção básica ao idoso

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como resultado de um processo de lutas políticas e setoriais encabeçadas pelo movimento sanitário brasileiro, visando garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Tem como proposta a superação dos limites do modelo médico-assistencial privatista, que é embasado na especialização do profissional e na ênfase na doença e no processo de cura. Assim, a incorporação do conceito ampliado de saúde, que a associa às condições de vida, direciona a formulação e a implementação de estratégias que possibilitem um serviço de saúde universal, integral, eficaz e eficiente, com equidade e participação popular (REZENDE *et al.*, 2009).

O surgimento do SUS foi o maior movimento de inclusão social já visto na história recente do Brasil, e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos, vinculados não somente à saúde (BRASIL, 2007). O contexto histórico da saúde mundial subsidiava todo o seu processo de implantação. Concomitantemente com as mudanças ocorridas em nível mundial, o Brasil passava por um momento de mobilização coletiva por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país, intensificada durante a década de 1980. A população reivindicava, através de manifestações populares, a eleição direta de um presidente civil, e, no campo da saúde, o clamor era voltado para uma atenção abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, dentre outros, o que acabou por culminar no fim do modelo médico assistencial privatista vigente até então (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Apesar de todos os acontecimentos, somente durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 e contou com uma intensa participação popular de mais de 4000 pessoas, sendo que 1000 eram delegados com direito a voz e a voto, que surge o debate sobre o SUS (BRASIL, 1986). Esse evento é considerado o marco inicial para a Reforma Sanitária brasileira. A história da política de saúde

brasileira revela a influência do contexto nacional e internacional nas variações das concepções e da valorização da atenção primária em saúde.

Nesse contexto, a Atenção Básica é o conjunto de ações de nível primário de assistência à saúde que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades do usuário. Representa o ponto de contato inicial com o SUS, ou seja, o primeiro contato do usuário, sendo o atendimento realizado pelas especialidades básicas de saúde (clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia). Tem por finalidade resolver os problemas mais frequentes e relevantes de saúde da população. A organização e execução das ações da Atenção Básica são de responsabilidade direta da gestão municipal e englobam ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A Portaria 2488/GM, de 21/10/2011, indica que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

(Portaria 2488/GM, de 21/10/2011).

A partir da contextualização do que abrange a Atenção Básica, percebe-se como as suas ações se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visam resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população por ser o primeiro contato entre usuário e sistema de saúde. Justamente por isso ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção.

No atendimento dito de ponta encontram-se as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que se consolidam como ordenadoras do sistema e coordenadoras do cuidado. Dessa forma, firmam-se fundamentais na estruturação das redes de atenção à saúde. A ESF, de maneira geral, busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social, constituindo importante pilar para a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde. Com base nas constatações citadas e seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o município de Porto Alegre optou pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário na organização da Atenção Primária em Saúde. Com isso, as novas unidades de saúde da Atenção Primária em Saúde seguirão o modelo da ESF, corroborando com a deliberação do Conselho Municipal de Saúde. Cada equipe de Saúde da Família deve ser composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além das equipes de Saúde Bucal (SMS-PORTO ALEGRE, 2013).

No Brasil, quanto às políticas voltadas para as pessoas idosas, apesar de iniciativas desde a década de 1970, apenas em 1994 foi instituída uma política nacional voltada para esse grupo. Antes desse período, as ações governamentais assumiam um caráter caritativo e de proteção. Nos anos 1970 houve a criação de benefícios não contributivos como, por exemplo, as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais com mais de 70 anos que não recebiam benefício da Previdência Social. Essas mudanças se destacam no cenário da reforma sanitária brasileira, assim como na forma como as políticas passaram a ser

pensadas para os idosos (TEIXEIRA, 2002). O país tem procurado responder às crescentes demandas da população que envelhece, preparando-se para enfrentar as questões da saúde e do bem-estar dos idosos. Dentre as diversas políticas públicas voltadas ao público idoso, merece atenção especial a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada pelo Decreto n. 1948, de 03 de junho de 1996. A PNI assegura direitos sociais à pessoa idosa ao criar condições para promover sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade e ao reafirmar seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Outra política voltada para essa população específica, criada com o intuito de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Ela direciona medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em conjunto com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde se responsabilizem pela elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades conforme as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Após diversas mudanças ocorridas nas políticas voltadas aos idosos como, por exemplo, a criação do Estatuto do Idoso em 2003, ocorreram alterações, fomentadas por elas, na PNSPI em 2006. Segundo a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que tem como objetivo, em última instância, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

De acordo com o estudo de Rodrigues *et al.* (2007), as propostas de Políticas de Atenção estão caracterizadas como bem delineadas e traçadas. Contudo, é papel dos gestores dos serviços e da equipe de saúde a realização do debate acerca das prioridades de atenção de cada lugar. Geralmente os idosos brasileiros estão inseridos na comunidade e a Atenção Básica à Saúde é uma das estratégias mais acessíveis para

utilização. As autoras deste estudo ainda reafirmam a urgência na formação da equipe de saúde, principalmente para esta área de conhecimento, em decorrência da demanda de atenção existente por parte da população idosa no sistema de saúde.

Muito já se tem feito no que se refere às ações de saúde voltadas para a população idosa, porém estudos que tragam à tona a discussão sobre as necessidades de saúde dos indivíduos dessa faixa etária se fazem cada vez mais importantes. Esse foi um dos fatores motivacionais para essa pesquisa, investigar as necessidades de saúde dos idosos, bem como as ações desenvolvidas no cenário em que vivem. Existem ações realizadas no SUS direcionadas à manutenção de diversas variáveis e mesmo que indiretamente, tendem a suprir demandas relevantes aos idosos. Muitas delas englobam temáticas como envelhecimento ativo, qualidade de vida e funcionalidade. Campos *et al.* (2014) estudaram a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto das ESFs em Minas Gerais. Em seu estudo, os autores contaram com a participação de 107 idosos cadastrados em duas unidades básicas de saúde. O objetivo do trabalho foi descrever o perfil sociodemográfico e avaliar a relação de interdependência entre a qualidade de vida de idosos e a atividade física diante de possíveis fatores determinantes. Os autores concluíram que a qualidade de vida dos idosos é boa e é influenciada pela prática de atividades físicas regulares, ausência de depressão, maior capacidade cognitiva e boa funcionalidade familiar.

Ao analisar a percepção de profissionais que atuam nas ESFs quanto à saúde do idoso, os resultados de Marin *et al.*, (2008) levam a acreditar na ESF como um caminho de consolidação do SUS, desde que sejam realizados os investimentos e a instrumentalização adequada das equipes. É importante citar o papel exercido pelos atores de saúde envolvidos nesse contexto. De acordo com Ferreira e Ruiz (2012), é necessário que se qualifique a formação do agente comunitário de saúde para que o cuidado ao idoso na atenção primária também se qualifique. Da mesma forma, é essencial mudar as atitudes e melhorar o conhecimento que se tem sobre o processo de envelhecimento para o enfrentamento das demandas advindas dessa fase da vida. O cenário das práticas de saúde deve ser amplo e diversificado, para que o idoso tenha acesso a tudo. É essencial que o serviço, bem como os profissionais de saúde, cheguem até o idoso, e que o atendimento seja adequado às necessidades dessas pessoas.

Outras atitudes, como as mostradas no estudo de Berlezi *et al.* (2011), assumem a perspectiva multiprofissional na atuação com os idosos. Seu trabalho é um relato sobre um projeto de extensão universitária que propõe um modelo de atenção ao idoso, com o objetivo de oferecer assistência a idosos de baixa renda residentes no município de Ijuí-RS em situação de fragilidade e com risco de médio a alto de internação ou reinternação hospitalar. São incluídas no projeto as demandas de idosos das Unidades Básicas de Saúde e as dos que buscam o projeto por via telefônica. Estratégias como essa, que integram a universidade e os serviços de saúde ofertados pelo SUS, têm grande relevância para essa faixa etária, pois buscam atender as necessidades de saúde dos idosos.

4 INVESTIGANDO O IDOSO DO DISTRITO GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL

4.1 Caminhos Metodológicos

4.1.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório. As pesquisas de cunho qualitativo atualmente ocupam um lugar reconhecido entre as muitas possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas nos mais diversos ambientes (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009; GÜNTHER, 2006; THOMAS; NELSON, 1996; GODOY, 1995). De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, identificando esse método como um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos simplesmente à operacionalização de variáveis. Um determinado fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual faz parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador neste caso vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista mais relevantes (GODOY; 1995).

Para Gil (2008), a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. As pesquisas descritivas caracterizam-se frequentemente como estudos que procuram determinar status, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. A sua valorização está baseada na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas. As técnicas utilizadas para a obtenção de informações são bastante diversas, destacando-se os questionários, as entrevistas e as observações (MINAYO, 2010; SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

4.1.2 Locus da pesquisa

O Território Acadêmico Assistencial do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC) localiza-se na região centro/sul de Porto Alegre/RS. É caracterizado por ser um dos cenários destinados às práticas acadêmicas voltadas à saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente o Distrito conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 19 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), atendendo uma população de aproximadamente 160.000 habitantes (OBSERVA POA, 2015).

A gerência distrital está localizada no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC) e possui uma área física de aproximadamente 14.000m², contando com os serviços: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Plantão de Saúde Mental, Programa de Redução de Danos, Ambulatório Básico, Ambulatório Especializado, Ambulatório de Odontologia, Serviço de Fonoaudiologia, Centro Municipal de Reabilitação, Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis (SAE), Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), Assistência Domiciliar Terapêutica (ADOT), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS Ad), Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiências e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul (FADERS), Laboratório Municipal de Saúde Pública, Farmácia Distrital, Serviço Especializado na Saúde da Criança e do Adolescente, Oxigenoterapia Domiciliar, Ambulatório de Asma, e Conselho Distrital de Saúde (COORSAÚDE, 2015).

Na saúde, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Em Porto Alegre, o território e a sua população de 1.409.351 habitantes estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades locais: Norte, Eixo Baltazar, Centro, Noroeste, Humaitá/Navegantes, Ilhas, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul.

- Região Cristal: composta pelo bairro de mesmo nome. A Região tem 27.661 habitantes, representando 1,96% da população do município, com área de 3,92 km², representa 0,82% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 7.056,38 habitantes por km² (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo é de 3,7% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 9,4 salários mínimos (IBGE, 2000);

- Região Glória: composta pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória. A Região tem 42.286 habitantes, representando 3,00% da população do município, com área de 18,19 km², representa 3,82% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 2.324,684 habitantes por km² (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo é de 5,8% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,4 salários mínimos (IBGE, 2000).

Dentro do DGCC, as unidades de saúde escolhidas para a realização da pesquisa foram as Estratégias de Saúde da Família (ESFs). Segundo o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre (2013), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é mais recente em Porto Alegre do que a atenção à saúde através das Unidades Básicas de Saúde. É entendida como uma reorientação do modelo assistencial, que resgata o conceito ampliado de saúde e as outras formas diferentes de intervenção junto ao usuário, bem como sua família e a comunidade de maneira geral.

Quantitativamente, Porto Alegre conta com 189 Equipes de Saúde da Família (dados do mês de agosto de 2013), instaladas em 94 Unidades de Saúde da Família. As Estratégias de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal são as seguintes:

- ESF Alto Embratel;
- ESF Cruzeiro do Sul;
- ESF Divisa;
- ESF Graciliano Ramos;
- ESF Jardim Cascata;
- ESF Mato Grosso;
- ESF Nossa Senhora das Graças;
- ESF Orfanatório;

- ESF Osmar de Freitas;
- ESF Rincão;
- ESF São Gabriel;
- ESF Santa Anita;
- ESF Santa Tereza;
- ESF Nossa Senhora de Belém - Hospital Divina Providência;

4.1.3 Caracterização dos sujeitos

A ideia central da pesquisa foi investigar as necessidades de saúde da população idosa atendida nas ESF do DGCC e, para tanto, optou-se por abordar os idosos que utilizassem algum dos serviços de saúde (vacinação, consultas médicas, inalações, injeções, curativos, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica) nestas ESF. Foram entrevistados idosos de 10 ESF, sendo um de cada estratégia, e de acordo com as respostas delimitou-se a amostragem pelo critério de saturação teórica.

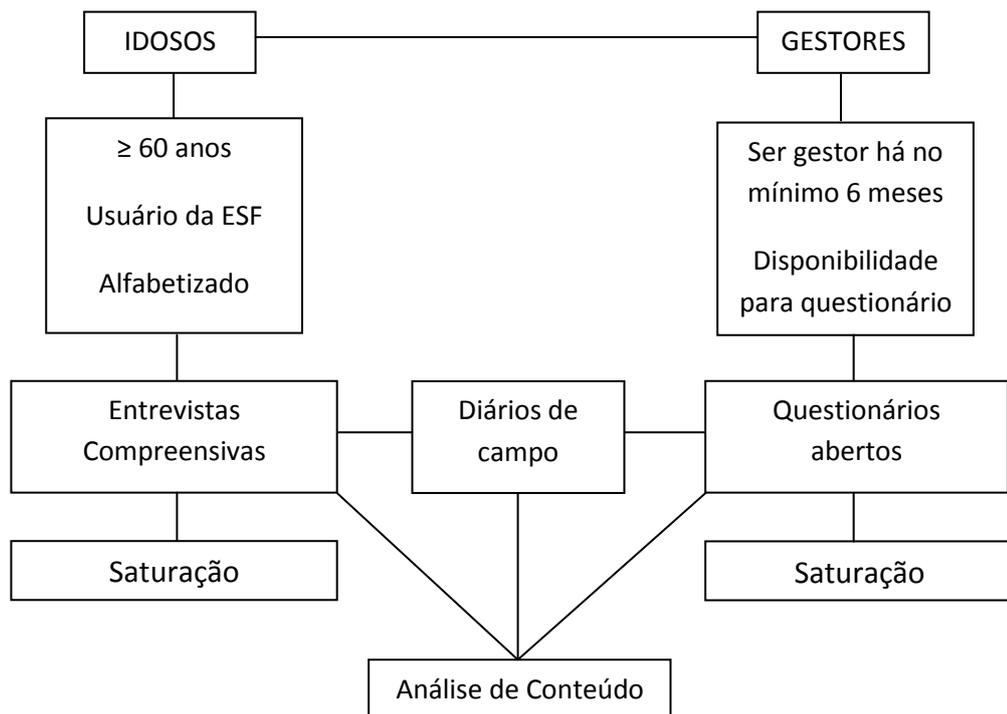
Para Fontanella, *et al.* (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas em diferentes áreas, inclusive no campo da saúde. É empregada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. De acordo com Glaser e Strauss (1967, p. 65) o conceito de saturação teórica se define como:

Nenhum dado adicional é encontrado que possibilite ao pesquisador acrescentar propriedades a uma categoria. [...], isto é, [...] quando o pesquisador torna-se empiricamente confiante de que a categoria está saturada.

O escopo da pesquisa permitiu abordar essa temática de maneira bastante ampla, e foi interessante poder observar dois pontos de vista opostos sobre o mesmo

tema. A construção do conhecimento como uma via unilateral possibilitou maior interação entre as partes interessadas. Desta forma, optou-se por analisar também a visão do gestor destas ESF, com o intuito de melhor compreender como tem acontecido na prática o atendimento da população idosa no DGCC.

Figura 8 – Organograma referente à metodologia



4.1.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para a escolha dos sujeitos participantes da pesquisa foram adotados diferentes critérios de inclusão e exclusão para idosos e gestores. Os critérios de inclusão para que os idosos fizessem parte do estudo foram: ter no mínimo 60 anos⁴ de idade no início da pesquisa; se declarar usuário de serviços oferecidos na ESF (vacinação, consultas médicas, inalações, injeções, curativos, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica) no segundo semestre de 2015 e no primeiro semestre de 2016; e saber ler e escrever.

Os critérios de exclusão foram: capacidade cognitiva comprometida (a partir da avaliação do Mini-mental⁵); apresentar problema relacionado à comunicação que impossibilitasse ou dificultasse a realização de entrevista (problema de audição e/ou fala).

Para a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental) o procedimento se deu por meio de aproximação mediado pelo gestor e/ou sua equipe de trabalho. Esse, por sua vez, indicou qual a melhor forma de abordagem dos indivíduos idosos. Para a avaliação do instrumento foi adotado um ponto de corte na pontuação total, que foi limitador na escolha do indivíduo. A abordagem para a aplicação do teste realizou-se após a entrevista com os idosos. Quando o idoso não atingiu o ponto de corte, os resultados do instrumento foram repassados para a unidade e esses idosos foram encaminhados ao serviço de saúde que mais se adapte as suas necessidades. Nesses casos foi realizada da mesma forma a entrevista, porém não foi colocado como parte da amostra.

O escore do Mini-Mental pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. De acordo

⁴ A Organização Mundial da Saúde define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (OMS, 2002).

⁵ Mini-exame do estado mental – “Mini-mental” (FOLSTEIN, FOLSTEIN & MCHUGH, 1975)

com a literatura (CHAVES; IZQUIERDO, 2006; LOURENÇO; VERAS, 1992) o ponto de corte desse instrumento indicado para a população idosa é de 24 pontos.

Quanto aos gestores, os critérios de inclusão para fazer parte do estudo foram: ser gestor da unidade de saúde ESF há no mínimo 6 meses; participar da reunião de gestores para preenchimento do instrumento ou se mostrar disponível quando abordado para o preenchimento do mesmo. Os critérios de exclusão foram: Não estar temporariamente ocupando a função de gestor da ESF (vice gestão ou sub gestão, substituto de gestão).

4.1.5 Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram definidos de acordo com a proposta do trabalho. Para cada situação foi escolhido o método que melhor atendesse a proposta do estudo, sendo assim, os instrumentos escolhidos foram as entrevistas compreensivas, os questionários com questões abertas e os diários de campo.

As entrevistas compreensivas (Apêndice 3) foram utilizadas como instrumento de abordagem junto à população idosa nas ESF do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise posterior. A entrevista pretende obter informações mais detalhadas, por meio de conversação guiada, que possam ser utilizadas pelo pesquisador em uma análise qualitativa (RICHARDSON, 2008).

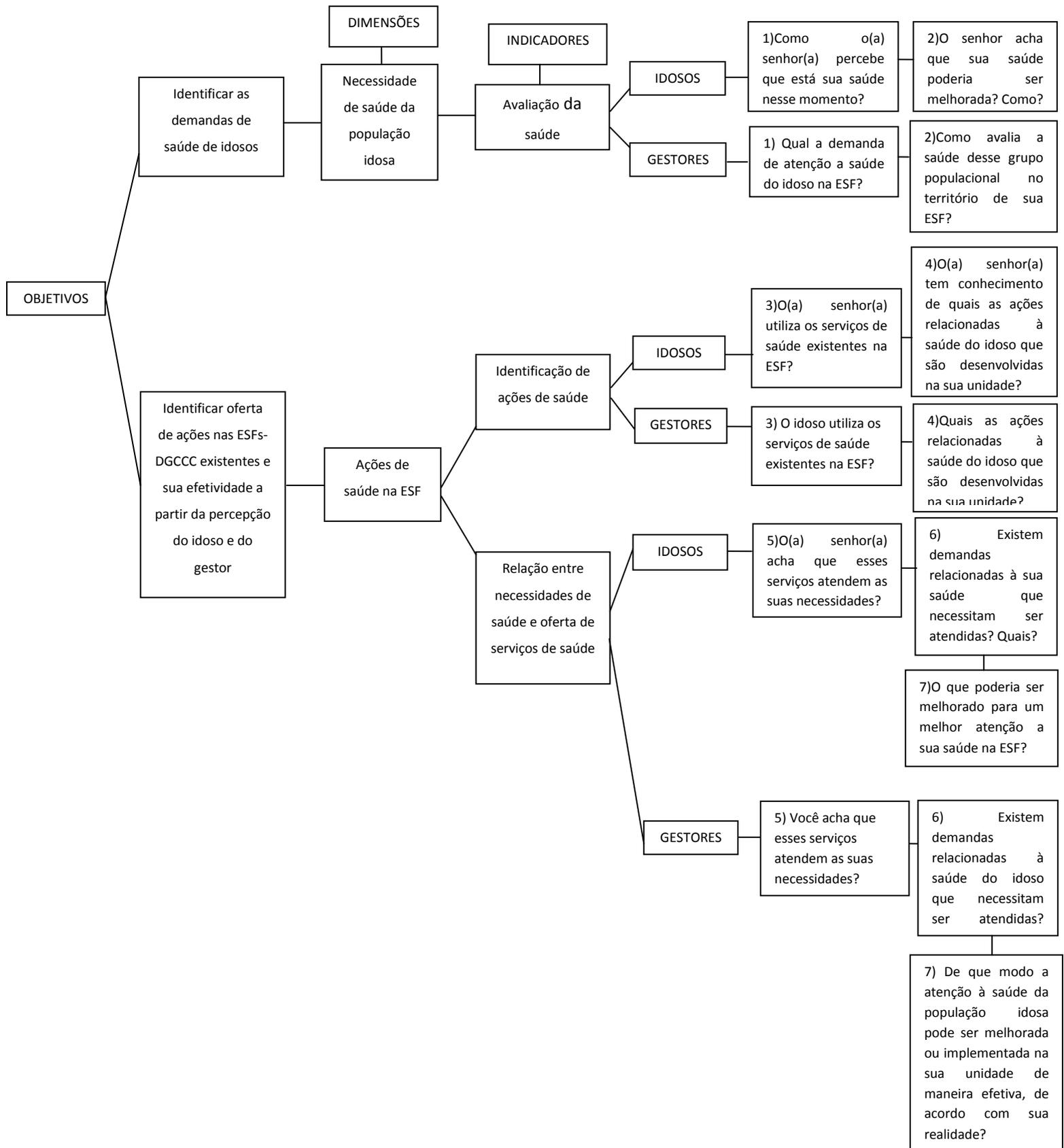
Como forma de aproximação com os gestores e para compreensão de seu ponto de vista foram aplicados questionários com perguntas abertas (Apêndice 3) junto aos gestores das ESF, que estivessem no cargo a pelo menos 6 meses. A abordagem com o grupo de gestores foi realizada através das reuniões quinzenais do colegiado de gestores do DGCC, que ocorrem duas vezes por mês no Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes, e também em alguns casos na própria ESF na visita para coleta com os idosos. Para Richardson (2008), os questionários descrevem as

características e mensuram determinadas variáveis de um grupo social. Dessa forma, tal instrumento beneficia a análise do pesquisador e de outros especialistas. Os questionários com perguntas abertas têm como característica uma maior elaboração das respostas e opiniões do entrevistado. São perguntas ou tópicos lançados com o intuito de instigar o indivíduo a expor de maneira mais abrangente sua opinião. Outro fator interessante que essa metodologia de trabalho proporciona é a liberdade de resposta proposta ao entrevistado, sem limitações impostas por uma ou outra alternativa.

Também foram utilizados diários de campo elaborados ao longo de todo trabalho. Como forma de complemento a pesquisa e por ser também um instrumento de registro de atividades de pesquisa, pretende-se utilizar os diários de campo contendo relatos das percepções da pesquisadora a respeito do processo de pesquisa como um todo. As informações reflexivas, assim como as informações descritivas contribuem para o desenvolvimento da pesquisa em geral, e até mesmo do processo de um atendimento. Para Triviños (1987), o diário de campo é uma forma de complementação das informações sobre o cenário onde a pesquisa se desenvolve e onde estão envolvidos os sujeitos, a partir do registro de todas as informações que não sejam aquelas coletadas em contatos e entrevistas formais, em aplicação de questionários, formulários e na realização de grupos focais. Segundo o autor, os registros feitos no diário de campo, sejam elas referentes à pesquisa ou a processos de intervenção, compreendem descrições de fenômenos sociais, explicações levantadas sobre eles e o entendimento da situação em estudo ou em um atendimento como um todo.

Para a elaboração dos instrumentos, Santos e Gheller (2012) sugerem que se faça uma matriz de análise que separe os objetivos específicos da pesquisa, que se definam quais as dimensões a serem controladas em cada objetivo específico, assim como os indicadores adequados para cada dimensão. A partir desses dados, a organização para a elaboração tanto das entrevistas quanto dos questionários seguiu a lógica do organograma da Figura 8.

Figura 9 – Organograma referente às dimensões e indicadores para formulação dos instrumentos



4.1.6 Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente pela autora, no mesmo dia em que cada uma foi realizada. A metodologia adotada para a análise dos dados obtidos através dos instrumentos de abordagem foi da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Optando-se pelo estabelecimento de categorias de acordo com o modelo aberto a partir dos temas presentes nas entrevistas, bem como nos questionários e relatos dos diários de campo.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção e/ou recepção destas mensagens. Foram estabelecidas categorias *a posteriori* e semânticas, as quais de acordo com Minayo (1996, p. 70): “categoria se refere a um conjunto que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si”. Para Bardin (2011), na pesquisa qualitativa, prefere-se definir as categorias não antes, mas depois de coletar os dados (categorização *a posteriori*). O desafio para o pesquisador é maior, porém os resultados podem ser mais relevantes para o progresso de pesquisa, quando não se põe limites ao que pode ser encontrado. Este tipo de categorização é essencialmente um processo de redução de dados brutos em dados classificados. Diante dos dados coletados, é necessário, portanto, usar um processo de seleção, focalização, simplificação e sumarização, separando os dados em blocos com conteúdo semelhante: as categorias.

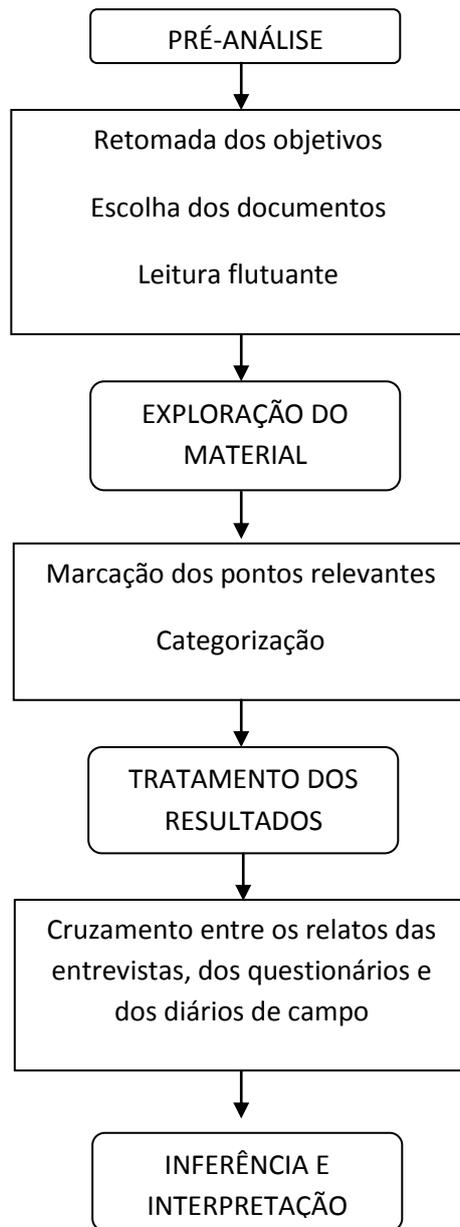
Bardin (2011) organiza a análise de conteúdo em três fases: a) a pré-análise composta por leitura flutuante, escolha dos documentos, formação das hipóteses e objetivos, análise documental, referência dos índices e a elaboração dos indicadores; b) a exploração do material e c) o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação. A exploração do material consiste na etapa mais duradoura desse processo, composta pela etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de registro, ou seja, menor recorte de ordem semântica que se liberta do texto, podendo ser uma palavra-chave, objetos ou personagens. Como também em unidades

de contexto, que deve fazer compreender as unidades de registro, tal qual a frase para a palavra. E pela fase de categorização onde os requisitos são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. A categorização é o agrupamento em razão de caracteres comuns dos elementos (unidade de registro) sob o título geral. Seus critérios podem ser léxicos, expressivos, sintáticos ou como nesse caso semânticos, que se caracterizam por serem agrupados por temas, por exemplo, todos os temas que significam motivação, ficam agrupados na categoria motivação.

Na fase da pré-análise realizou-se a leitura flutuante das respostas das entrevistas com os idosos, seguida da leitura de questão por questão. Após este passo a marcação dos pontos mais relevantes foi feita, só então começou a categorização. Durante a categorização surgiram cruzamentos entre as entrevistas e os relatos dos gestores contidos nos questionários e ambos analisados em conjunto.

Partindo desses pressupostos, a análise do material seguiu a seguinte lógica:

Figura 10 - Organograma referente ao processo de análise



4.1.7 Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pela COMPESQ-ENF e posteriormente pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e da Prefeitura de Porto Alegre (SMS), nesta ordem (Anexos 2, 3 e 4). Somente após a aprovação dos comitês via Plataforma Brasil é que se deu início à coleta de dados. Foram garantidos aos participantes os direitos de sigilo, voluntariado e desistência de participação na pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1 e 2). Em relação aos riscos e benefícios, encontra-se explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que os riscos quanto à participação dos sujeitos referem-se unicamente a certo desconforto no sentido de disporem de algum tempo para as respostas das perguntas constantes em um roteiro de entrevista ou do questionário. O benefício consiste em contribuir na geração de conhecimento sobre a educação médica em um curso que se propôs inovador e em um contexto institucional peculiar, o que poderá subsidiar os debates nacionais acerca da formação dos profissionais de saúde.

Cada participante teve um código, que foi utilizado em cada um dos instrumentos, para garantir o seu anonimato. A ordem desses códigos deu-se de maneira aleatória, sem seguir nenhum tipo de sequência. Apenas a pesquisadora responsável terá acesso ao participante e seu código.

De acordo com a Resolução 196/96 CNS qualquer pesquisa que envolve seres humanos pode gerar algum tipo de risco sendo que estes, quando existentes, devem ser inferiores aos benefícios, justificando a realização do estudo. Em relação ao presente estudo não foi realizada nenhum tipo de intervenção clínica; ou seja, não foi colocada em risco a integridade física dos sujeitos uma vez que os instrumentos de pesquisa, já descritos, a serem utilizados foram: diários de campo, entrevistas individuais, questionário e pesquisa bibliográfica para a escrita do referencial teórico.

4.1.8 Limitações da pesquisa

Na coleta de dados houve limitações referentes à participação dos gestores a reunião do colegiado de coordenadores do DGCC. Devido ao pouco retorno das reuniões se fez necessário ir até as estratégias e aplicar os questionários com os gestores no dia da visita para realização da entrevista com o idoso. Além disso, surgiram limitações referentes ao tempo hábil destinado à realização da fase de campo e da análise dos dados, em decorrência do longo processo envolvendo os comitês de ética das três instâncias envolvidas.

5 DESVENDANDO O CENÁRIO INERENTE ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE

5.1 Primeira aproximação – Projeto piloto

Inicialmente, houve um primeiro contato com os gestores das unidades do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal em uma das reuniões do colegiado de coordenadores, em que o projeto foi exposto e foi aplicado um questionário inicial (Apêndice 4) que serviu para delinear o rumo da pesquisa.

Ao fazer uma primeira aproximação através dos questionários aplicados aos gestores das unidades da gerência Glória/Cruzeiro/Cristal, alguns dilemas relacionados à visão do conceito de saúde, tanto dos gestores quanto dos usuários relatados por eles, chamaram muito a atenção. Apesar de o conceito de saúde ter sido amplamente discutido e vivenciado, principalmente na formação dos profissionais da área, o que se viu na prática ainda não condiz com a teoria.

Percebeu-se que havia uma implicação decorrente da cultura que vincula ainda de maneira distorcida a visão sobre o processo saúde/doença com o senso comum. No estudo de Fernandes e Garcia (2010), que analisou a percepção e vivência de mulheres idosas acerca de seus corpos, os resultados refletem esta visão. Foram realizadas oficinas de reflexão e entrevistas individuais com 18 mulheres idosas participantes de um grupo de convivência, trabalhando-se, posteriormente, a análise de discurso. Com isso, percebeu-se que algumas idosas veem seus corpos como frágeis, modificados, doentes e feios, acarretando-lhes vivências negativas. Em outros casos, algumas das idosas demonstram satisfação com sua dimensão corporal, percebendo-a ainda bonita e conservada. Foram citados como principais fatores determinantes do seu envelhecimento físico, a maternidade, a sobrecarga de trabalho doméstico e a violência conjugal. Porém, o que mais chamou a atenção de fato foi a visão dos profissionais e não a visão dos idosos. De certo modo, espera-se que os idosos tenham uma visão mais crítica do seu corpo em relação às alterações decorrentes do envelhecimento. Porém, quanto aos profissionais da saúde que abordaram esta

temática ao longo de suas mais diversas formações, esperava-se que eles pelo menos tivessem uma opinião formada a respeito.

5.2 *Ida ao campo*

A coleta de dados, por meio de aplicação dos questionários, teve início na reunião do colegiado de gestores como forma de aproximação com os coordenadores das estratégias. Estas reuniões ocorrem quinzenalmente na sede da gerência distrital e contam com a presença dos gestores das UBSs e das ESFs, sendo que também participam outros membros das equipes e algumas pessoas convidadas. Ao contrário do piloto realizado anteriormente, o retorno não foi o mesmo e o número de questionários foi menor que o esperado. Sendo assim, optou-se por realizar a aplicação dos questionários com os gestores também durante as visitas às ESFs para realização das entrevistas com os idosos. No total, o questionário foi aplicado em gestores de oito ESFs. Chegou-se a este número através do critério de saturação (GLASER; STRAUSS, 1967), onde se levou em consideração a repetição dos conteúdos presentes em suas respostas.

Para a realização das entrevistas, foram feitas visitas às unidades das ESFs onde se optou por entrevistar um idoso por unidade. Em apenas uma das unidades foi necessário entrevistar mais de um idoso, visto que o primeiro entrevistado não alcançou o escore mínimo de pontos do exame cognitivo Mini-Mental. O procedimento adotado foi a realização de uma aproximação informal com o idoso na própria unidade de saúde, por meio da qual a pesquisadora se apresentou e fez o convite para participação da pesquisa. Posteriormente, foram realizadas as entrevistas e a assinatura dos TCLE, só então se aplicou o exame cognitivo. Optou-se por essa sequência como uma forma de não constranger ninguém durante a realização da pesquisa, buscando-se proporcionar o maior nível de inclusão possível.

6 O EMERGIR DAS CATEGORIAS

A partir da transcrição das entrevistas, optou-se por fazer a análise em categorias, de acordo com os tópicos mais relevantes que apareceram nas falas dos idosos. A escolha da análise por categorias do todo ao invés de analisar questão por questão, foi realizada por possibilitar uma melhor compreensão da problemática do estudo. Dessa maneira, a articulação e a interação entre as falas de todos os idosos e gestores foram analisados com maior profundidade, valorizando a riqueza de dados.

As categorias foram relacionadas aos temas mais relevantes emergentes dos dados coletados nas entrevistas, questionários e diários de campo realizados. Inicialmente as respostas foram classificadas em oito categorias que consideravam os principais temas abordados, as quais posteriormente foram aglutinadas de acordo com a forma em que estavam apresentadas, ou seja, unindo temas semelhantes e chegando a cinco categorias. Além dessas cinco categorias, foram ainda delimitadas subcategorias a fim de aprofundar a discussão dos temas mais importantes para a pesquisa.

Como forma de garantir o sigilo de identidade desses indivíduos, optou-se pelo uso de códigos ao invés do uso dos nomes desses indivíduos, sendo que apenas a pesquisadora detinha essas informações. A ordem desses códigos deu-se de maneira aleatória, sem seguir nenhum tipo de sequência.

Dentre os idosos entrevistados, 6 sujeitos entre os 10 participantes da pesquisa tinham apenas o ensino fundamental, caracterizando um nível baixo de escolaridade. Nenhum dos idosos entrevistados tinha nível de escolaridade superior e os idosos que apresentaram maior nível de escolaridade (n=2) ou tinham feito curso normal – antiga denominação do magistério – ou haviam completado o ensino médio (n=2). Quanto à moradia, os idosos relataram morar em sua maioria com os filhos e o cônjuge. Os idosos entrevistados apresentaram idade média de 72,7 anos, sendo que o sujeito mais velho tinha 83 anos e o mais novo 60 anos de idade (Apêndice 5).

Já, em relação aos gestores, dados sobre a formação revelam que, em sua maioria, esses cargos de coordenação são ocupados por enfermeiros (n=6), contando com alguns casos de médicos (n=2) ocupando cargos de coordenação. A pouca variação entre as áreas de formação desses profissionais nos possibilita questionar o porquê de outros profissionais não assumirem tais funções, mesmo sabendo que esta é a realidade na maioria das unidades de saúde. Quanto ao tempo de atuação na estratégia, havia os dois extremos: profissionais recém-chegados, que ainda estavam se apropriando da dinâmica da sua unidade, e profissionais com anos na mesma comunidade, totalmente implicados ao contexto do local, sendo que o gestor com menos tempo de estratégia estava há seis meses e o gestor com mais tempo ocupava o cargo há quase 10 anos.

6.1 Ações: o que acontece – ou não – na ESF

A primeira categoria foi classificada como: “**Ações: o que acontece – ou não – na ESF**”, na qual, entre outros assuntos, discutem-se questões como a **Oferta** – ou não – de ações voltadas aos idosos atendidos – ou não também – por cada estratégia. Outras subcategorias importantes na discussão, como **Atenção à demanda, Acesso, e Encaminhamentos** também aparecem nesta categoria, pois se sentiu a necessidade de aprofundar os aspectos abordados por elas.

Dentro do tema **Oferta** discutiram-se quais ações eram ofertadas - ou não - aos idosos usuários das ESF. As atividades voltadas especificamente ao público idoso não estão presentes em todas as unidades de saúde, mas sabe-se da sua importância na atenção de demandas e na formação de relações entre essa população. O estudo de Areoza, Benitez e Wichmann (2012) mostra a satisfação dos idosos (97%) com as relações estabelecidas nos grupos de amigos, que são formados principalmente a partir de grupos de convivência para idosos e indicam uma população idosa com características cada vez mais ligadas à independência e à autonomia, mais ativa e satisfeita com suas relações familiares e de amizade. A convivência e as atividades realizadas nos grupos são consideradas importantes para uma melhora significativa,

tanto na saúde física e quanto na saúde mental destes idosos, podendo interferir em aspectos como a qualidade de vida dessas pessoas.

As ações existentes surgem com o intuito de atender à demanda da comunidade em que a população idosa está inserida, o que nem sempre acontece. Mesmo havendo ações sendo ofertadas, e que já se tornaram efetivas em algumas estratégias, essa não é a realidade em muitas das unidades de saúde atualmente. Segundo Costa e Ciosak (2010), os profissionais têm se esforçado para atender às necessidades de saúde dos idosos através de ações de prevenção e promoção da saúde, porém suas necessidades sociais e psicológicas nem sempre estão sendo atendidas. Pimenta *et al.* (2015) sugerem que há necessidade de investimentos na estruturação da rede de serviços de saúde ofertados para a população idosa, bem como na preparação de profissionais da saúde e das equipes, para que, assim, se possa atuar com mais efetividade na melhoria da qualidade de vida do idoso brasileiro. Sendo assim, percebe-se um contexto incipiente, em que cabe ter um olhar mais aprofundado sobre a atenção às demandas dessa população e sobre a oferta de ações que tenham esse objetivo.

De acordo com questionários respondidos pelos gestores das ESF, pode-se fazer uma conexão com o que foi dito anteriormente, pois, na grande maioria das respostas, as ações ofertadas estão relacionadas a patologias específicas, geralmente vinculadas a doenças crônico-degenerativas como diabetes e hipertensão por exemplo. Nestes grupos específicos não há um enfoque no processo envelhecimento propriamente dito, mesmo que o público atendido muitas vezes seja formado por idosos em sua maioria. Assim, o olhar se volta às doenças e às limitações, dando um caráter negativo a essa abordagem, pois se deixa de trabalhar com o conceito de promoção da saúde, dando um maior destaque para a doença do que para a saúde. O mesmo pôde ser visto na fala de uma das idosas entrevistadas, que, quando questionada a respeito das ações voltadas aos idosos em sua estratégia, comentou que havia apenas grupos específicos, não havendo “grupos pra idoso”.

E009 – “Eles têm negócio pro idoso que tem diabete. Ah, tem uma outra (pausa pensativa), não lembro! Parece que não tem grupo pra idoso.”

E003 – “Lá eles têm grupos assim, da questão da AIDS, da tuberculose, desses assim. Grupos específicos. O que eu saiba, eu nunca, eu nunca me dei conta assim, se tem assim, pra grupos de idosos nesse tipo, mas eu sei que tem pra questão de gênero também, a questão da... essas discussões mais... Isso eles fazem grupos lá que eu sei.”

Quando articulamos os dados entre a entrevista do idoso e o questionário do gestor de uma mesma estratégia, muitas vezes as respostas convergem, como neste caso, em que tanto o idoso, quanto gestor, mencionaram coisas em comum. O gestor desta mesma ESF citou que *“Pretende-se retomar esse ano o grupo de idosos (que já tínhamos em 2012-2013-2014) e pretende-se realizar atividades de práticas corporais junto aos acadêmicos da ESEF-UFRGS” (G2)*. Desta forma, a resposta do gestor confirma o que é trazido pela idosa entrevistada, comentando ainda que há o interesse para que se retomem as atividades para o público idoso. Neste caso, o gestor ainda cita uma possível parceria de interesse entre acadêmicos e idosos, podendo ser essa uma alternativa que supriria as necessidades dos idosos daquela ESF, ou seja, ele relata a carência de atendimento e indica uma provável solução.

A partir das respostas dos gestores aos questionários, três deles disseram não haver nenhum tipo de atividade com os idosos em suas ESFs. Os demais gestores disseram ter em suas estratégias ações para os idosos, mesmo sendo em alguns casos ações com outros enfoques (nutrição, caminhadas, atividades de lazer, cuidado continuado, grupo de hipertensos e diabéticos, grupos de artesanato e convivência) e que não são necessariamente específicas para a população idosa. Essas atividades não são pensadas para esse grupo, porém quem realmente acaba utilizando essas ações são os idosos da comunidade, geralmente por conta das características comuns, principalmente as doenças crônico-degenerativas.

O que parece acontecer é uma desvalorização dos aspectos sociais relacionados aos grupos de idosos, justamente por suas características serem mais direcionadas às questões de convívio do que a questões “médicas” propriamente ditas. Há, ainda que veladamente, uma valorização dos aspectos biológicos como sendo os mais relevantes na promoção da saúde do idoso. Porém, já está consolidado pela literatura que os aspectos sociais e afetivos têm tanta influência sobre a saúde dos idosos quanto os aspectos biológicos, principalmente no que se refere à adesão e à permanência em

programas de saúde (MORAES *et al*, 2016; EIRAS *et al*, 2010; MAZO *et al*, 2009). Sendo assim, não se pode desconsiderar o conceito ampliado de saúde que envolve o bem-estar físico, mental e espiritual do indivíduo.

As atividades mais específicas são recorrentes nas estratégias e acabam por não abordar temáticas voltadas à saúde. Esse é um dos fatores que faz com que haja essa confusão entre o que de fato é considerado como sendo saúde ou não. Ao longo da discussão da categoria *Percepções de saúde*, que virá a ser abordada posteriormente, aspectos relacionados a essas perspectivas serão explicados com maior precisão e será realizada uma discussão mais aprofundada sobre o tema em questão.

Partindo desses pressupostos, sentiu-se a necessidade de abordar o tema ***Atenção à demanda***, surgindo assim mais uma subcategoria com o intuito de, além de outras coisas, responder aos objetivos dessa pesquisa. Ao discutir as ações que de fato são – ou não – ofertadas aos idosos nas ESF, surge a preocupação em saber até que ponto as ações ofertadas aos idosos atendem a demanda existente e se suas necessidades de saúde são realmente atendidas.

A discussão emerge de falas dos idosos entrevistados e de relatos presentes nas respostas dos gestores aos questionários, havendo assim um cruzamento efetivo entre as respostas de ambos. Quando questionados sobre as ações necessárias para atender às demandas existentes em suas estratégias, os gestores apontaram algumas alternativas, como no caso da gestora que apontou que seria necessário que *“Mais pessoas se envolvessem, se motivassem a fazer grupos, de idosos por exemplo. Que existisse uma rede de apoio, entre ajuda entre os diferentes serviços que atendem a população idosa”* (G1). Outra gestora comenta algo parecido ao responder o questionário: *“Completar equipe, melhorar estrutura física da unidade e capacitar profissionais para articular as atividades voltadas para a saúde do idoso”* (G2). Ou seja, ambas indicaram como alternativa para atender às demandas da população idosa a necessidade de que ocorram mudanças na estrutura da equipe de saúde da estratégia.

No estudo de Costa e Ciosak (2010), que teve como objetivo conhecer o que pensam os profissionais sobre necessidades de saúde e atenção integral, os autores

verificaram que os profissionais entrevistados de duas Equipes de Saúde da Família de Santos se esforçam para atender as necessidades de saúde dos idosos através de ações de prevenção e promoção da saúde. Porém, as necessidades sociais e psicológicas dos idosos não estão sendo atendidas. Então, neste estudo os autores citam que os idosos necessitam de maior integralidade e agilidade no sistema de saúde, além de possuírem dificuldades de acesso aos serviços de saúde inclusive no que se refere ao deslocamento. Tais resultados corroboram os achados desta pesquisa, pois vão ao encontro de tudo que vem sendo discutido ao longo da categoria.

Alguns serviços de saúde ainda se mostram incipientes, como a distribuição de remédios, por exemplo. Nas falas que seguem, idosas de diferentes estratégias relatam a falta desses medicamentos e a necessidade de comprar quando os mesmos não são disponibilizados, mencionando como isso se torna incômodo pra elas, uma vez que deveriam ser distribuídos gratuitamente à população.

E004 – “Quando a gente chegar no posto ter remédio. Porque se não a gente tem que comprar, né. Já tava dando hoje na televisão que amanhã já sobe os preços dos remédios de novo.”

E002 – “É... só que aqui não tenha remédio. Não tem retirada de remédio. É, tem que ir lá ou andar ‘nas farmácia’ do governo. Quando chega lá não tem, aí tem que comprar. Então os idoso com isso que ganha o salário mínimo têm que tá comprando remédio com desconto, e aí os que quando é aqui é dado mas quando a gente vai nas farmácia tem que comprar. Falta remédio. Ah, eu fui na farmácia do governo. Aí eu consegui dois, que é o da pressão que eu não podia parar de tomar e aí depois eu fui lá e aí precisava de paracetamol outros, outros que tavam na receita. Eles disseram que só tinha pra comprar com desconto, que eles não podiam dar, só o da pressão e o da diabete.”

Muitos idosos atualmente vivem e dependem dos valores da aposentadoria ou até mesmo de pensões, como é o caso de muitas mulheres dessa geração que nunca trabalharam e que vivem do que os falecidos maridos deixaram como pensão (IBGE, 2010). Nessa realidade, as idosas entrevistadas citaram que quando há a necessidade de comprar os medicamentos que não estão disponíveis, precisam fazer um

levantamento de preços para encontrar o mais acessível, pois, caso contrário, os mesmos acabam não cabendo em seu orçamento mensal.

Partindo do pressuposto de que nem todas as demandas são atendidas, para que essa atenção seja satisfatória às necessidades de saúde da população idosa ainda há lacunas a se preencher, e devemos encontrar estratégias para que a atenção seja efetiva. A demora no atendimento e o processo defasado de retirada de fichas para atendimento também foi questionado pelos idosos entrevistados como uma destas lacunas.

E009 – “Eu acho assim ó, que o que poderia ser melhorado é em relação a tu chegar lá e não demorarem três, quatro horas pra ser atendido. [...] Não. Precitaria bem mais de atenção e de atendimentos pra idoso, pra criança, pra deficiente, tá.”

E008 – “Teria que ter uma prioridade né, não precisar pegar ficha cedo né! Até eu vou lá e preciso consultar e ir um pouquinho mais tarde, porque idoso precisa né. Que tá um perigo a gente andar na rua cedo.”

A violência é citada nesta última fala como um fator dificultante ao atendimento. Assim como será discutido nas próximas categorias, os aspectos relacionados à violência permearam vários outros temas, como, por exemplo, o Acesso aos serviços de saúde. Como os aspectos relacionados à violência desvelaram-se em mais de uma categoria (de modo transversal), optou-se por não fazer uma específica, para que, dessa forma, fosse possibilitada sua abordagem ao longo de todos os resultados, permeando e sendo parte de um contexto maior.

Ao discutirmos o **Acesso** como tema, diversas podem ser as circunstâncias dos idosos até chegarem aos serviços de saúde. Muitos deles se beneficiam com a territorialização e a proximidade entre as estratégias e o local em que vivem, como pode ser visto na fala que segue:

E003 – “Sim, eu tenho na esquina de casa e foram eles que me ajudaram até o meu marido morrer. Agora eu tenho mãe velhinha também, eles proporcionam tudo que eu necessito, pra mim mesmo e pra minha família, bem pertinho de casa assim. É muito bom o atendimento”.

No caso da fala citada acima, o acesso é adequado e próximo à residência da idosa em questão. Questões referentes aos serviços prestados também foram ressaltados pela entrevistada como sendo pertinentes às necessidades apresentadas por ela até o presente momento. Porém, algumas falas relatam dificuldades no acesso no que se refere ao acesso físico e ao acesso aos serviços prestados nas ESFs. A mesma idosa citada anteriormente, ainda levanta uma questão muito importante a respeito dos idosos que não conseguem ter esse acesso à estratégia e aos serviços de saúde, citando também aspectos que contribuem para essa realidade, como a violência.

E003 – “Eu não sei se todos têm, né, porque tem, tem pessoas que não chegam no posto! O que às vezes os agentes de saúde não conseguem chegar naquela área lá por algum motivo de violência. Como agora tá ocorrendo muito nessa região toda aqui né...”

Costa e Ciosak (2010) afirmam que os idosos necessitam de maior integralidade e agilidade no sistema de saúde porque possuem dificuldades no acesso e deslocamento aos serviços de saúde. Segundo Vuori (1991), o acesso se relaciona às facilidades e dificuldades encontradas na busca pelo atendimento desejado; sendo assim, o acesso está diretamente vinculado à oferta e à disponibilidade de ações e recursos. O autor ainda acrescenta que a garantia de acesso pressupõe a remoção dos possíveis obstáculos que venham a interferir na utilização dos serviços disponíveis, sejam eles físicos ou financeiros. Já a acessibilidade pode ser vista, segundo Frenk (1992), como a relação funcional entre esse conjunto de obstáculos existentes na busca e na obtenção do cuidado e, ao mesmo tempo, a capacidade da população em ultrapassar esses obstáculos.

Os conceitos de acesso e de acessibilidade geralmente são citados pelo senso comum como sendo a mesma coisa, fato que ainda ocorre em algumas citações acadêmicas também. Porém, faz-se necessária a distinção entre eles, pois alguns autores, como Donabedian (1973), defendem que a acessibilidade é uma das dimensões do acesso. Existe ainda outra vertente que relaciona os dois conceitos, em que ambos se referem às características do sistema de saúde e à população atendida, bem como os ajustes necessários entre a população e a oferta de serviços de saúde. Cabe ainda ressaltar que o processo de utilização dos serviços de saúde surge como

resultado da interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidados e o profissional que o conduz dentro do próprio sistema de saúde. Em grande parte dos casos, o responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde é o indivíduo, sendo os profissionais de saúde responsáveis pelos contatos subsequentes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Houve relatos a respeito de uma estratégia que foi deslocada de seu local de origem em decorrência da violência presente na comunidade. Cabe aqui ressaltar que a disputa entre as facções criminosas por pontos de venda de drogas teve um aumento considerável desde o fim de 2015 em grande parte do território atendido⁶. Algumas UBSs e ESFs sofreram reflexos desse agravo na violência local, tendo até mesmo que, em alguns casos, serem realocadas por questões de segurança. A partir dessa realocação, outras dificuldades atingiram a população atendida, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e a seu deslocamento.

E005 – “Não, não! Foi péssimo, foi péssimo tirarem o posto de lá de onde nós tava, de onde nós tinha! A gente ficou mal, ficou mal mesmo. Tinha que dar um jeito de voltar o posto pra lá de novo. Nem que arrumassem umas salas num colégio que tem lá por perto e botassem o posto pra gente pra lá. [...] Fica mais ruim. Tudo depende de ônibus, às vezes não tem a passagem, entendeu.”

No caso citado acima, a ESF que atende essa idosa em questão foi realocada por causa da violência, e sua fala aponta aspectos que dificultam seu acesso atualmente aos serviços de saúde como, por exemplo, o deslocamento até o novo local de atendimento. Mesmo que exista todo um trabalho da equipe de saúde da ESF para tornar os serviços mais atraentes à população, mudanças como esta dificultam o acesso dessas pessoas aos serviços.

E006 – “O que eu acho ruim aqui pros idosos, eu não, não tenho dificuldade, mas tem idoso com dificuldade pra subir escada, pra descer, com bengala. Aqui em cima eu acho horrível. Porque ‘nós tinha’ tudo lá embaixo. Eu gostava muito de lá, inclusive eu tinha uma doutora lá, Dra. X, que ela tinha na pasta o nome de todos os remédios, é que eu sou alérgica a

⁶ Portal G1, Jovem morre e quatro pessoas ficam feridas em tiroteio em Porto Alegre. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2015/07/jovem-morre-e-quatro-pessoas-feridas-em-tiroteio-em-porto-alegre.html>> Acesso em: 20/06/2016.

muitos remédios, que eu não posso tomar, e ela tinha na pasta, ela já sabia. E não deixo nunca de consultar com ela. Achei muito ruim isso, e só aqui em cima agora. Eles disseram que foram em casa agora, na minha casa não foi ninguém quando começou. Descobri através das vizinhas e vim pra cá.”

Nesta fala, a ESF em questão também foi realocada, porém no mesmo prédio, passando do andar térreo para o quarto andar. Além da dificuldade por parte dos idosos em subir as escadas, alterações referentes à equipe foram, da mesma forma, relatadas negativamente. Mudanças que interfiram no vínculo entre equipe e comunidade tendem a sofrer algum tipo de retaliação inicial, principalmente nessa faixa etária. Quando essas alterações dificultam, além disso, o acesso, elas acabam por afastar o idoso dos serviços.

A acessibilidade também foi trazida como aspecto relevante aos idosos atendidos nas ESFs, como se pode verificar no trecho a seguir extraído das entrevistas.

E001 – “Pois é e eu fico, eu lamento cada vez que eu chego nesse posto. Meu Deus, se eu pudesse fazer alguma coisa pra esse posto. Botar umas coisas assim, tirar o lixo, aquilo é um absurdo total! Bem onde as pessoas consultam botam depósito de lixo, fedido, podre. [...] Eu pensei em falar com o prefeito, mas teria que fazer uma campanha inclusive, porque se a gente puder ajudar em alguma coisa, né, pra melhorar. É muito horrível aquilo ali, principalmente quando chove. E o acesso quando chove? Também é tudo barro! Tudo barro! Imagina um postinho de saúde tinha que tá num lugarzinho calçadinho, fora do lixo, né! Lamento pelas pessoas que trabalham aqui que são umas abnegadas, né!”

Mesmo sendo um relato forte sobre as condições físicas e estruturais da ESF, a idosa expressa sua opinião dispondo de algumas possíveis soluções – que ela julga pertinentes – para este impasse. Neste caso, também cabe traçar um paralelo entre as respostas de idosos e gestores. Um dado relevante é que nas mesmas unidades onde os gestores reclamaram acerca da acessibilidade, essa também foi a queixa dos idosos entrevistados. Ao ser realizado o cruzamento com a fala do gestor da estratégia citada anteriormente, o relato se confirma. A falta de acessibilidade por parte dos idosos até a ESF também aparece na resposta presente no questionário, dizendo que *“às vezes os idosos necessitam ser atendidos no domicílio por dificuldade de comparecer à unidade”* (G005). Como forma de atender essa necessidade, a equipe acaba realizando alguns

atendimentos à domicílio devido, entre outras coisas, ao difícil acesso até a estratégia por parte dos idosos. Quando questionado se as ações ofertadas atendiam às necessidades desses idosos, o mesmo gestor ainda acrescenta: *“De certa forma; às vezes como a demanda é bastante grande o tempo de espera entre as consultas pode ser um pouco maior, mas sempre existe o atendimento no acolhimento”* (G005). A partir desse relato fica evidente o cruzamento entre as falas da idosa entrevistada e do gestor da estratégia, uma vez que ambos comentaram coisas em comum.

Houve também, nos diários de campo, o relato sobre a pouca acessibilidade ao local da ESF em questão, o que salienta o que foi dito anteriormente. No trecho que segue, as dificuldades encontradas para chegar até o local são mencionadas, assim como também foram nos questionários e nas entrevistas.

“Liguei na semana anterior me apresentando e propondo um horário pra ir até a unidade e me foi sugerido esse dia e esse horário, então deixei avisado que iria. Saí da ESEF e peguei um ônibus que deixava perto do local da estratégia, mesmo tendo que caminhar um pouco e atravessar uma praça. Só consegui achar a unidade porque havia olhado anteriormente na internet o endereço e uma foto do prédio no site da Secretaria Municipal de Saúde, pois a vegetação e os entulhos acumulados no entorno dificultaram a visibilidade e o acesso ao prédio.”

O trecho supracitado vai ao encontro de tudo que foi discutido a respeito do tema. Assim como nas falas dos gestores e dos idosos, existe uma coerência com o que foi observado ao longo do período de realização da pesquisa. Deste modo, há uma congruência entre a visão dos participantes e a da pesquisadora.

Alguns idosos trouxeram em suas falas questões referentes aos **Encaminhamentos** para outras especificidades fora da estratégia. Estes idosos relataram aspectos como distância, pois muitas vezes são encaminhados para lugares afastados de onde moram, e aspectos como a demora existente para o agendamento dessas consultas e exames.

A discussão desse tema surgiu a partir dos relatos dos idosos nas entrevistas e também em decorrência das anotações nos diários de campo, a partir de tudo que foi relatado, inclusive durante as conversas informais antes e depois das entrevistas. A seguir, ressalta-se a fala de uma das idosas entrevistadas, a qual apresenta uma opinião bastante incisiva em relação a esse tema quando perguntada sobre o que poderia ser feito para que as necessidades de saúde dos idosos da sua comunidade fossem atendidas.

E001 – “Marcando as consultas, encaminhando as pessoas, a pessoa tá dizendo: - Eu tô mal! Eu tô mal! É isso que eu digo! Tem que encaminhar a pessoa pro lugar mais próximo que tiver, não é lá nos “quinto dos inferno”. Uma pessoa com quase 100 anos de idade tem que levantar de madrugada no inverno pra ir lá. Sai aqui da zona sul e vai lá pro hospital Conceição, você já imaginou isso? Já pensou que dificuldade pra uma pessoa na minha idade? Às vezes tem o meu filho que me dá um apoio e outras vezes não! [...] E o que mais, bom, o que eu acho, é o sistema, o sistema é que é ruim. O sistema, por exemplo, de marcação de consulta daqui para outro segmento. Eu acho que esse é o que mais, assim deixa a gente “desgostosa”! Realmente me sinto assim, porque demora muito, muito, muito. Eu pedi uma consulta pro gineco, praticamente levou mais de um ano, só que quando cheguei lá, era muito excelente, operador, tudo, mas exame de papa Nicolau não fazia! Ai, quer dizer que uma pessoa agora tem que esperar outro tempo se eu não pagar o exame! Eu às vezes pago, já paguei diversos exames, diverso, diversos, diversos, pra agilizar.”

A idosa em questão foi bastante crítica quanto ao processo de encaminhamentos, fazendo ressalvas ao tempo de espera, à demora e à dificuldade de acesso aos locais distantes aos quais geralmente os pacientes são encaminhados. Surge ainda em sua fala a dependência que alguns idosos têm para ir a esses lugares de difícil acesso e a necessidade de que alguém da família os leve a essas consultas e exames. Ela ainda cita sua idade como sendo um agravante de todo esse processo, alegando que tem maior “dificuldade” por conta da velhice. Uma expressão dita por essa idosa após a entrevista chamou bastante a atenção neste dia e, inclusive, foi documentada nos diários de campo: *“não tenho mais tempo pra perder com tanta demora.”* Devido à força que essa expressão tem, salienta-se a importância deste relato principalmente por vir justamente de uma das pessoas mais velhas que foi entrevistada.

Houve também uma articulação entre as opiniões de usuários idosos e dos gestores das estratégias; por exemplo, nas falas do idoso e do gestor de uma mesma estratégia, ambos relataram o mesmo problema sob pontos de vista diversos. No caso específico da ESF onde entrevistei essa idosa em questão, foi o que aconteceu, pois a gestora, quando questionada sobre de que modo a atenção à saúde da população idosa pode ser melhorada ou implementada na sua unidade de maneira efetiva, de acordo com sua realidade, respondeu: *“Priorizando o atendimento ao idoso, melhorando o acesso ao serviço (estrutura física).” (G5)*

Em compensação, em outras ESFs a realidade não parece ser a mesma. Nas entrevistas de outros idosos foram salientados aspectos positivos relativos ao tema em questão.

E004 – [...] “Sempre quando eu venho aqui eu sou atendida, tenho encaminhamento. Agora né, que eu to fazendo fisioterapia, já fiz vinte. Agora eles me deram na fisioterapia mais um papel pra carimbar aqui no postinho pra ‘mim’ fazer mais dez.”

E007 – “Não porque eu tenho ‘fazido’ uns exames diretamente, os que são encaminhados pra fazer eu faço os exames, né, nas clínica. De momento tá bom o atendimento aqui.”

Como visto nos trechos acima, nem só de críticas é feito o discurso dos entrevistados. Os aspectos positivos foram salientados quando de fato eram frequentes e se refletiam na atenção de suas necessidades de saúde. Portanto, a partir dos relatos não é possível descrever um cenário único em todo o território, uma vez que há relatos de realidades distintas de acordo com cada comunidade. Sendo assim, os temas abordados por essa categoria são pertinentes e relevantes para essa população. Por terem ligação direta com o cotidiano das pessoas ressalta-se ainda mais sua importância, bem como a sua discussão. As necessidades de saúde dos idosos sofrem influência de fatores referentes à estratégia, salientando aspectos como o acesso aos serviços de saúde e a oferta de ações voltadas aos idosos.

6.2 Percepções de saúde

Sentiu-se a necessidade de abordar a percepção do próprio idoso sobre sua saúde e, para tanto, a categoria **“Percepções de saúde”** surgiu como uma forma de explorar aspectos relacionados a esta percepção. Existem várias maneiras de se abordar esse tema, mesmo sendo tão amplo, especialmente no que diz respeito à população idosa. Optou-se pela discussão dessa categoria a partir dos temas **Percepção geral de saúde**, que tem como enfoque questões referentes ao modo como os idosos percebem seu estado de saúde, e também do tema **Saúde x Doença**, abordando quais os significados atribuídos a cada um desses conceitos.

Os aspectos relacionados à saúde ainda são vistos por muitos deles como um tema distante. Portanto, é necessário aproximar esse tema da realidade desses idosos com exemplos práticos do seu cotidiano. No estudo de Moraes *et al.*, (2016), ao pesquisarem a percepção dos idosos sobre o saber biomédico, os autores afirmam que o conhecimento médico-científico apropriado pela cultura local tem influência nos modos de pensar e de agir dos idosos participantes do estudo. Em sua discussão, os autores trazem aspectos interessantes sobre os significados atribuídos pelos idosos no formato de categorias pertinentes como a valorização da biomedicina, a culpabilização dos indivíduos, a naturalização das doenças na velhice e os recursos e ações utilizados pelos idosos. Todos estes temas são relevantes e merecem ser discutidos quando o processo de envelhecimento é posto em pauta, ainda mais em um estudo como este que pretende compreender a percepção dos idosos sobre um determinado assunto. Sendo assim, verificou-se que os idosos participantes deste estudo reproduzem a visão biomédica que associa as doenças e limitações à idade (conotação negativa ao envelhecimento), responsabiliza os próprios idosos pela atual condição de saúde (culpabilização da vítima) e ainda recomenda repouso e resignação diante da velhice.

Nessa perspectiva, o primeiro grande tema discutido nessa categoria foi a **Percepção geral de saúde**. Justamente por ser um tema tão relevante, é preciso que se tenha um olhar amplo sobre as complexidades que o cercam. Para tanto, ouvir os idosos a respeito de como eles próprios percebem sua saúde é o ponto de partida

dessa discussão. Nas falas dos idosos, quando perguntados sobre como percebiam a sua saúde, alguns fizeram referência a aspectos mais vinculados à doença, como, por exemplo, na fala deste entrevistado que diz:

E003 – “Eu tenho alguns problemas de saúde bem graves. Por exemplo, eu tenho glaucoma, que eu só descobri, assim, quando tava muito, muito avançado. Então eu tenho dificuldade de enxergar. Eu tenho a visão periférica, né, eu perdi quase toda já. 80% perdida já e tenho problema de coluna, por isso que eu to aqui, né. Eu faço tudo que eu posso pra me manter assim sem remédio pra dor essas coisas. Eu tenho problemas graves, mas eu to conseguindo, com auxílios assim, eu consigo gerenciar. E no resto, colesterol, triglicérides, tudo normal.”

Percebe-se, neste caso, uma contradição entre as falas do mesmo entrevistado em momentos diferentes, pois, em um primeiro momento, é relatado que existem diversos problemas de saúde, já em outros momentos ele relata que, de maneira geral, está tudo bem.

E003 – “A minha tá bem!”

E003 – “To acabando de fazer um check-up e tá tudo bem!”

Neste caso, percebe-se como ainda é confuso para o idoso em questão descrever seu estado de saúde e como a sua percepção sobre ele se altera de acordo com o ponto de vista. Por outro lado, outros idosos foram mais generalistas quanto ao seu estado de saúde, não aprofundando a discussão do tema levantado.

E001 – “Tenho alguns problemas (de saúde), mas no geral to bem.”

E010 – “Não eu to bem. Graças a Deus! Não, agora eu to bem. [...] Pra mim tá bom.”

Após esta abordagem sobre a forma como os idosos percebem seu estado de saúde atual de uma maneira mais geral, notou-se que há um tipo de comparação entre os estados atuais e futuros de saúde. Ainda na discussão deste mesmo tema surge uma questão referente à relação entre presente e futuro. Tal percepção foi realizada a partir da reflexão efetuada pelos entrevistados, na qual eles discorreram sobre como

estão e como poderiam estar. Partindo dessa ideia de perspectivas para o futuro, os idosos relataram quais são suas expectativas em relação a sua saúde.

E002 – “É, eu quero melhorar! (risos) Não quero ter essas dor ‘nas perna’, que toma remédio, que faz tratamento e opera e fica sempre a mesma coisa quase!”

E009 – “Olha, ela (saúde) já melhorou bastante do que ela era!”

Como podemos notar nas falas relatadas anteriormente, a visão otimista ainda se faz presente nessa população. Há também outros casos com pontos de vista um pouco diferentes de acordo com a realidade em que se vive.

E001 – “Saúde, pois bem, pra ser melhorada tem que ter atendimento.”

E002 – “Sim, eu acho que sim, minha saúde poderia ser melhorada.”

O estudo de Borim *et al.* (2014) analisou a associação entre autoavaliação negativa de saúde e indicadores de saúde, bem-estar e variáveis sociodemográficas em idosos. Os autores indicam que, neste caso, os indivíduos com menor escolaridade ou com renda familiar *per capita* mensal inferior a um salário mínimo apresentaram resultados de maior prevalência de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim. Apesar destes resultados, os autores afirmam que os efeitos observados sobre a autoavaliação de saúde sugerem que idosos podem ser beneficiados por políticas de saúde que tenham como base uma visão global e integrativa do processo de envelhecimento.

Conforme o que pode ser visto desde a primeira aproximação com os gestores, alguns idosos – e ainda alguns gestores – apresentaram conceitos de saúde bastante controversos, muitas vezes ligados ao conceito de doença, emergindo o tema **Saúde x Doença**. Esta visão distorcida assemelha-se ao percebido pelo senso comum, o que surpreende no caso dos gestores, mas que já era esperado do público idoso. A geração atual de idosos passou por diversas mudanças culturais, dentre elas a evolução do conceito de saúde.

Historicamente, o conceito de saúde sofreu algumas alterações, e nem todas as pessoas acompanharam essa evolução. O conceito de saúde era descrito como “estado

de ausência de doença”, sendo que no início do século passado esse conceito foi redefinido pela OMS como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Desta forma, deixa de ser vinculado a uma visão mecanizada e estática de saúde e passa a ser uma visão mais abrangente frente a esse processo saúde-doença (SCLIAR, 2007).

Os idosos tendem a perceber de maneira diferente os conceitos de saúde e doença, pois estão implicados de algumas percepções inerentes ao senso comum. Mudanças na estrutura dos sistemas de saúde no Brasil, de uma maneira geral, não têm sido assimiladas por esse extrato da população. Esse comportamento pode ser justificado por influências culturais e hábitos estabelecidos ao longo de toda uma vida. Nas falas de alguns idosos entrevistados essa percepção de saúde, ainda muito semelhante à percepção de doença, fica evidente. Tais percepções podem ser compreendidas a partir de uma discussão feita por Ferla e Ceccim (2013) a respeito do conceito criado pela OMS. Os autores argumentam que a concepção de saúde é um processo em movimento permanente, que se interliga aos aspectos individuais e coletivos inerentes à sociedade e que assume continuamente papel de protagonismo às demandas sociais, em contraposição ao conceito referido.

Para Matos (2000, p. 102), “as percepções e representações sociais dos fenômenos de saúde e doença são frutos de uma seleção decorrente das condições objetivas de vida do indivíduo.” Desta forma, a percepção de cada indivíduo depende de suas próprias experiências e dos significados atribuídos a elas. Em alguns casos, mesmo enquanto falavam sobre sua saúde, a primeira relação era com casos de doenças e seus estados clínicos propriamente ditos. É natural que haja certa dificuldade na compreensão do processo saúde-doença envolvendo estes idosos, e esse é mais um motivo que ressalta a importância de se discutir esse tema com idosos. Deve-se pensar a saúde para além da doença, revendo conceitos como o de promoção da saúde como parâmetro para essa discussão.

Nessa perspectiva, cabe resgatar a carta de Ottawa (WHO, 1986), um documento pioneiro nas discussões em saúde, no qual o conceito de promoção da saúde surge desvinculado da doença como foco. Destaca-se também a evolução das

mobilizações a respeito disso e, por outro lado, a maneira como a cultura e o sistema de saúde ainda focado na doença, conforme apresentado nos temas anteriores, ainda se fazem presentes. Portanto, ainda é visível na sociedade atual, e também especificamente nesse grupo etário de idosos, que a implicação desse conceito é decorrente de um processo cultural já incorporado como sendo normal pelos indivíduos em geral. Esta implicação é um fator que acaba refletindo na maneira como o conceito é percebido tanto pela população idosa, que se acostumou com a definição expandida pelo senso comum, como pela população geral.

6.3 'Forever Young': para sempre jovem?

A categoria '**Forever young: para sempre jovem?**' emergiu das falas dos entrevistados por se notar que há uma valorização de aspectos relacionados à juventude em seus discursos. Para tanto, a discussão dessa categoria seguiu por duas vertentes principais, sendo a primeira voltada aos aspectos de **Percepção de envelhecimento**. O nome dado à categoria faz alusão à utopia de nunca envelhecer, à valorização da juventude e, conseqüentemente, à desvalorização do envelhecimento. Tal comportamento é facilmente visualizado não só entre a população idosa, mas também está implícito no discurso do senso comum, que vincula a imagem do idoso ao desgaste e à degeneração. Koch-Filho *et al.* (2012) dizem que a visão estereotipada sobre a velhice tende a generalizar esta parcela da população prevalentemente heterogênea. O principal fator citado pelos autores como empecilho ao processo de transformação das crenças e das atitudes relacionadas à velhice vem a ser a falta de esclarecimento sobre os fatos inerentes ao envelhecimento. Portanto, é necessário que se investigue os efeitos do preconceito etário junto à população idosa brasileira, seja no contexto social, seja no contexto da saúde, pois os autores acreditam que concepções errôneas sobre o envelhecimento, a velhice e os idosos podem vir a contribuir para o impedimento de suas oportunidades sociais e de saúde.

Em suas próprias falas, os idosos apresentam resquícios dessa visão estereotipada que insiste em relacionar negativamente essa fase de vida em relação às

demais. Algumas comparações ainda se fazem presentes, como pode ser observado na fala a seguir:

E007 – “Olha, (a saúde) deve estabilizar, mas melhorar mesmo é difícil, né! Porque praticamente isso daqui é que nem carro velho, vai indo, vai desgastando (risos). [...] Já to com 74 (referindo-se à idade), né. Vou fazer 74 anos, né, então é bem provável, né, que a gente tenha alguma coisa, pela minha idade já ter alguma coisa, pelo tempo de serviço, o frio. Eu tenho artrite, tenho artrose”.

Neste caso específico, o idoso em questão inicia a fala contextualizando seu estado de saúde de forma pessimista. Na sequência, faz comparação com o funcionamento de um carro velho, reforçando a imagem de desgaste e degeneração comumente ligada ao envelhecimento. Faz menção à idade como sendo fator determinante para o aparecimento de “alguma coisa”, como ele próprio diz, atribuindo assim um valor negativo à idade.

A aparência física do “ser velho” possui um efeito de estigmatização na sociedade porque é visível. Quando se é confrontado com um idoso com uma aparência física correspondente, mesmo que se reconheça e aprecie de alguma forma a sabedoria, surge uma imagem de discrepância entre o corpo e a capacidade de raciocínio, por exemplo. Em uma cultura onde se valoriza a juventude, aquela imagem é incongruente e inconsistente, acarretando comportamentos velhistas implícitos. O *velhismo* pode ser considerado um fenômeno presente em nossa sociedade e é caracterizado pelo preconceito, discriminação e estereótipos impostos as pessoas or serem idosas, tanto quanto o sexismo e o racismo fazem em relação a cor da pele ou ao sexo (RIBEIRO, 2007).

Goldani (2010) traça um paralelo entre preconceito etário e discriminação por idade diferenciando os dois, pois embora costumem ser considerados como sinônimos, o fato é que o primeiro remete essencialmente ao sistema de atitudes, muitas vezes atribuídas por indivíduos e pela sociedade a outros em função da idade; por outro lado, o segundo descreve comportamentos que favorecem pessoas de determinada idade. O preconceito etário ganha destaque em decorrência do crescente envelhecimento demográfico e das políticas públicas brasileiras que colocam esta

forma de discriminação como um tema obrigatório na agenda de todos aqueles indivíduos com interesse na promoção de uma cidadania ampla e de uma sociedade para todas as idades.

Alguns estudos já relatam esse fenômeno há algum tempo como, por exemplo, no trabalho de Thompson (1992) intitulado 'I Don't Feel Old'. O tema trazido por Thompson no início da década de 1990 é ainda bastante atual, e sua discussão se faz vigente em nosso cotidiano, pois, dentre outras coisas, fala sobre as influências diversas ao comportamento dos idosos. Cada vez mais em voga, esse tema necessita ser discutido ainda nos dias de hoje, visto que os padrões sociais, sejam eles da percepção, da atitude ou dos grupos sociais, modelam o comportamento dos idosos. Em alguns casos, essa percepção acaba levando o idoso a negar sua fase de vida, admitindo, assim, um comportamento velhista por parte deles próprios, em uma tentativa de realização de seus planos.

Para Gonçalves (1999, p. 50), grande parte da população idosa perde a motivação necessária para a manutenção de uma autoimagem positiva, o que acaba gerando afastamento e inatividade. Sobre a autoimagem negativa dos idosos, a autora ainda acrescenta:

A percepção de 'velho' é um sentimento construído no espírito, que significa perda de energia para o encontro de novas respostas e para as mudanças na vida. No entanto, a percepção que a pessoa tem de si significa a percepção da sua própria energia interna, que a conduz na vida, e a aceitação do passado como parte do presente deve ser compreendida como significado de uma pessoa inteira/completa.

Mudanças nos padrões familiares influenciam positivamente para a redução de comportamentos velhistas. Para Guerra e Caldas (2010), a relação interpessoal e o convívio entre as diferentes gerações vêm aumentando, já que cada vez mais a população envelhece e tem a oportunidade de conhecer seus netos e bisnetos, formando dessa maneira uma sociedade composta por quatro gerações. Essa discussão também aparece na literatura, como no estudo de Barbosa Mendes *et al.* (2005), onde as autoras defendem a ideia de que a família exerce uma importância fundamental no fortalecimento das relações em todas as fases da vida, mesmo que algumas vezes tenha dificuldades em aceitar e entender o envelhecimento de um

ente, tornando o relacionamento familiar mais difícil. O idoso, em alguns núcleos familiares, perde a posição de comando e decisão à qual estava acostumado a exercer, modificando as relações entre pais e filhos, estabelecendo uma inversão de papéis. Os filhos passam a ter maior responsabilidade pelos pais, mas muitas vezes os idosos não são mais escutados. Frente a essa realidade, os idosos demonstram cada vez mais a necessidade de atenção, bem como de autoafirmação perante a família e a sociedade de maneira geral.

Essas mudanças ocorridas na organização social, de uma maneira geral, refletem diretamente no cotidiano dos idosos atualmente. A outra vertente que se seguiu na discussão dessa categoria está relacionada ao **Trabalho e ocupações a longo da vida**, pois o que pôde ser visto foi o fato de que alguns idosos citaram estas ocupações e trabalhos ao longo da vida como fatores que afetaram seu acesso à saúde. Quando a ocupação principal não estava relacionada ao trabalho e a geração de renda, ocupações com a casa e cuidados com familiares foram citados. Assim, o acesso à saúde se caracteriza muito mais pelas oportunidades e pela oferta de ações correspondentes às necessidades locais do que ao acesso físico ao local propriamente dito. O interesse por atividades, tanto físicas quanto de lazer e convívio, que promovam o envelhecimento ativo e saudável fica inerente e, muitas vezes, esbarra nesses empecilhos. Para tanto, necessita-se que haja a oferta de ações que, de fato, supram essas necessidades de acordo com a realidade de cada um.

E003 – “Ah, eu acho até que poderia (melhorar minha saúde) se eu tivesse mais... se eu me liberasse mais assim, dos problemas domésticos, de cuidados que eu tenho que ter com a família, né. Eu acho que se eu me liberasse mais eu poderia fazer uma hidroginástica, sei lá, outras coisas em benefício de saúde. Viajar mais, também isso envolve recursos, né. [...] Então, tudo que eu posso eu faço, né, mas às vezes tem coisas que a vida te obriga, atender a família, né, isso aí.”

No caso da fala anterior, a entrevistada comenta que se tivesse mais tempo faria “outras coisas em benefício de saúde”, visto que ela abre mão de fazer alguma atividade em benefício próprio para atender a família. Muitas vezes os idosos relatam que ao longo de toda sua vida deixaram de ter momentos de lazer e acabaram por não cuidar de sua saúde em decorrência de diversos fatores, principalmente no que se

refere à geração de renda e aos afazeres domésticos. Isso, de certa forma, acaba influenciando o seu processo de aposentadoria ou a ressignificação de seu papel social durante a velhice. Essa valorização da juventude, principalmente na cultura ocidental, acaba por fazer do envelhecimento um objeto de vergonha ou desgosto. Tal fenômeno está implicado à realidade brasileira, e fica evidente no mercado de trabalho em um sistema que valoriza o lucro acima de tudo. Nesse contexto, a substituição funcionários mais velhos, mais experientes e mais bem pagos por uma mão de obra mais barata e mais jovem é comum (GOLDANI, 2010). No caso da fala do idoso a seguir, esse contexto fica evidente, pois suas atividades de trabalho sempre estiveram ligadas ao esforço braçal e, com o passar do tempo, isso também ficou evidente. O idoso, inclusive, atribui à idade e aos anos de trabalho vigoroso os desgastes presentes em sua saúde.

E007 – “Eu acho que tem que ser um, um pouco da idade também, né, e outro do trabalho, do serviço, do tempo de serviço. Trabalhei muito tempo na rua, né, no porto, né. Então isso daí é consequência também um pouco do, de muito serviço, né”.

O trabalho desempenha um papel fundamental na vida das pessoas, sendo importante em nível emotivo e até na definição das funções sociais do indivíduo (BOSI, 1994). Quando o trabalho é interrompido devido à aposentadoria, torna-se necessário encontrar uma maneira satisfatória de desligar-se do emprego para não sofrer problemas econômicos ou privações emocionais decorrentes desse processo. Infelizmente, a aposentadoria ainda é encarada como uma mudança negativa para a maioria dos idosos e, por vezes, é apontada como uma das causas dos problemas do envelhecimento (Gonçalves, 1999).

Outra realidade semelhante foi relatada por uma idosa que menciona o fato de nunca ter tempo para fazer o acompanhamento médico regularmente por causa da sua jornada intensa de trabalho. No caso desta idosa, ela passou a utilizar os serviços de saúde após estar aposentada e desde então tem frequentado as ações regularmente.

E009 – “Olha, ela (saúde) já melhorou bastante do que ela era! Porque eu trabalhava muito e não tinha tempo de fazer acompanhamento médico, de vim pra uma fisioterapia. [...] Aí depois, eu to aqui há cinco anos, eu tenho um ano e meio lá embaixo na cinesio”.

Portanto, não se deve generalizar em nenhum caso, pois diversos são os fatores que levam o idoso a procurar os serviços de saúde, havendo, de certo modo, uma familiarização com as atividades realizadas em grupo. Quando as ações são pensadas para atender as necessidades desses idosos, sua adesão e permanência são de fato comprovadas. Lopes *et al.* (2012) afirmam que para os idosos longevos os principais fatores que motivam a adesão e a permanência nos programas de atividades físicas estão atrelados à percepção da saúde e aos fatores psicossociais nesse processo, o que de fato corrobora o que foi discutido anteriormente. O conhecimento desses fatores, segundo os autores, possibilita intervenções que auxiliam na permanência dos idosos nestes programas por um tempo prolongado.

A discussão dessa categoria, tanto pela vertente da percepção de envelhecimento, quanto em relação ao trabalho e às ocupações ao longo da vida, possibilita uma reflexão importante sobre a valorização da juventude presente no discurso dos idosos. Sendo assim, a valorização da juventude é um fenômeno ainda presente em nossa realidade atual e se reflete nas falas desses indivíduos quando questionados quanto à sua saúde. Mudanças sociais e de comportamento tem auxiliado na quebra desses paradigmas, proporcionando maior diversidade de ações para esse público específico.

6.4 Vínculo

Notou-se ao longo das análises que alguns idosos relataram ter um vínculo estabelecido com a equipe da sua estratégia. A partir desses relatos, surgiu a necessidade de discutir os aspectos envolvidos nessa relação e, para tanto, foi criada a categoria denominada “**Vínculo**”. Esta categoria aparece justamente para abordar os fatores que permeiam esses usuários dos serviços de saúde e sua relação com as

equipes das ESFs. O convívio e a relação entre os idosos atendidos e a equipe profissional das unidades de saúde aparecem de maneira bastante positiva nas falas dos entrevistados.

E006 – “Sim, faço tratamento aqui. Já faz dois anos que eu venho aqui. As enfermeiras aqui sou bem atendida e não tenho queixa nenhuma.”

E004 – “As consulta, né, eu sempre sou bem atendida. Não tenho problema. Bem atendida.”

E002 – “Ah, sempre eu venho aqui, porque eu sempre sou bem atendida!”

Em nenhuma entrevista foram levantados aspectos negativos a respeito da equipe de saúde das estratégias, tampouco nos relatos presentes nos diários de campo. Assim como na fala referida anteriormente, os idosos trouxeram em seu discurso referências positivas quanto à equipe, salientando a preocupação da equipe em naturalizar as características de um atendimento humanizado na manutenção desse vínculo entre os usuários e a equipe profissional de saúde. Eles ainda comentaram o estreitamento de seus laços com a equipe, e que usuários e profissionais se conhecem pelo nome e têm uma relação bastante próxima.

Compreendendo o conceito de humanização como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (SUS/PNH, 2004), percebe-se o papel de ambos na formação desse vínculo. Tal construção parte de uma compreensão de todo o contexto envolvendo o atendimento de saúde. Para tanto, Reis, Marazina e Gallo (2004, p. 43) afirmam que:

a política de Humanização em Saúde deve ser um instrumento de transferência de um poder centralizado, que envolve naturalmente risco e responsabilidade, para um poder compartilhado, no qual diferentes instâncias – profissionais, pacientes e gestores – possam sustentar o delicado processo de prevenção e assistência.

O trecho citado acima faz uma alusão ao tema proposto pelo presente estudo, uma vez que contextualiza o processo de descentralização do poder que deve ocorrer

devido à incorporação da política de humanização nos serviços de saúde de modo geral. Além disso, ainda faz referência ao dito 'poder compartilhado' que deve existir entre os profissionais da equipe de saúde, os pacientes da estratégia e os gestores em conjunto. Para Crevelim e Peduzzi (2005), a integração entre a comunidade e as equipes é favorecida por algumas características do Programa Saúde da Família (PSF). Apropriando-se desta premissa, optou-se por investigar os idosos atendidos pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) ao invés de escolher aqueles que são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ao descrever o PSF segundo os princípios do SUS, Becker (2001) apresenta o programa como sendo uma alternativa para a reorganização dos sistemas de saúde. Afirma ainda que visa incorporar ações de promoção da saúde, tendo como suporte o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, tudo isso partindo de uma lógica de responsabilização entre os diversos atores sociais envolvidos no processo de construção do sistema sanitário e, principalmente, do envolvimento comunitário ao longo de todo o processo.

Escutar as necessidades da população é um passo importante no planejamento das atividades elaboradas pela equipe, ainda mais no que se refere aos idosos. Essas atividades podem ser um meio de aproximação entre a equipe e a comunidade, promovendo a articulação e o envolvimento entre ambas. Existe também a tendência a que essas atividades induzam o reconhecimento das capacidades criativas, propositivas e gerenciais dos usuários de camadas mais populares. Isso pode ser demonstrado continuamente, através de inúmeros movimentos e iniciativas da própria estratégia que tenham como objetivo, mesmo que paralelo, estimular democraticamente a participação popular, remetendo ao conceito de empoderamento, que constitui um eixo central da promoção da saúde (OLIVEIRA; GUSMÃO, 2004; SOUZA; GRUNDY, 2004).

No estudo de Lima *et al.* (2014), a humanização na atenção básica de saúde foi avaliada a partir de percepções e experiências dos idosos. Os resultados foram apresentados em domínios e, em alguns deles, apresentaram-se falhas, que podem ser úteis para o aprimoramento dos serviços em saúde justamente por trazerem um mapeamento dos principais problemas em potencial na assistência básica para os idosos. Dentre os domínios estão: Autonomia, Escolha dos profissionais, Comunicação,

Estrutura física e conforto, Dignidade, Confidencialidade, Escolha, Pronto Atendimento e Apoio social, foram os três primeiros que tiveram pior desempenho, como, por exemplo, no domínio *Autonomia*, no qual apenas 54,4% dos idosos tiveram liberdade para tomar decisões sobre sua saúde ou tratamento; e *Comunicação*, em que 67,6% não obtiveram informações sobre outros tipos de tratamentos ou exames e 79,2% não tiveram oportunidade para esclarecimentos quanto às dúvidas sobre o tratamento. Os autores sugerem mudanças nos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde, e afirmam que isso só será possível caso haja total envolvimento da equipe de saúde, assim como um pleno engajamento dos gestores e usuários num processo contínuo de avaliação.

Ao discutir a importância da humanização para os serviços de saúde, é necessário falar a respeito do comportamento da equipe e sua preocupação com o cuidado com os idosos além do simples tratamento de suas enfermidades (ZOBOLI, 2007). O profissional de saúde não deve se preocupar somente em tratar a doença ou em aliviar os seus sinais e sintomas, mesmo que isso faça parte de sua atenção. Da mesma forma, o profissional deve valorizar o cuidado, ou seja, olhar o próximo como a si mesmo, além de demonstrar interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto, para ser capaz de responder às demandas trazidas pelas pessoas que buscam a atenção dos profissionais de saúde.

Zoboli (2007) acredita que o atendimento em saúde pode seguir por duas vertentes principais do ponto de vista ético. Um deles refere-se ao *tratar* e, em contrapartida, o outro se volta ao *cuidar*. Quando o termo *tratar* é utilizado, pensa-se em tratamento sob uma visão a respeito do diagnóstico, procedimentos técnicos que tenham como principal finalidade a cura de doenças. É uma atitude que pensa no doente, mas que tende a esquecer da integralidade do indivíduo e suas necessidades. Por outro lado, o cuidado está focado no indivíduo de maneira mais ampla, considerando todos os fatores que o cercam, ou seja, prestar uma atenção global e continuada a um doente, pois antes de tudo ele é uma pessoa, um ser único e insubstituível. O termo *cuidar* é empregado quando todos os cuidados referidos integram a assistência, sejam físicos, psicológicos ou espirituais, e não somente os exigidos pela doença em si. Neste caso, o indivíduo idoso não é visto apenas como um

objeto, um diagnóstico, um número, um órgão ou um caso a mais, ao invés disso, ele é tratado como uma pessoa única, singular em uma situação particular, que deve ter assistência mais individualizada, sendo respeitados todos os seus direitos e necessidades. Desta forma, o profissional de saúde não deve se preocupar apenas em tratar a doença ou aliviar os sinais e sintomas, embora isso faça parte de sua atenção.

No estudo de Reis, Marazina e Gallo (2004), alguns pontos relevantes desta discussão são abordados, como, por exemplo, a crítica ao modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta, voltado muito mais ao conceito de doença do que ao conceito de saúde. Esse modelo de atenção é semelhante ao conceito de tratamento trazido anteriormente e, justamente por não abordar o coletivo envolvendo esses indivíduos, que sua adoção é questionável. Tal abordagem não cabe em um contexto amplo de assistência à saúde, pois a visão individualista restringe as possíveis formas de atenção a esses sujeitos. O atendimento pretendido se assemelha muito mais ao cuidado propriamente dito do que ao chamado tratamento. Sendo assim, isso acaba interferindo nas relações estabelecidas entre os idosos da comunidade atendidos nas estratégias e a equipe de saúde responsável por aquele território. Cada vez mais se torna necessário ter uma visão holística sobre todos os aspectos que permeiam o processo de envelhecimento e o atendimento de saúde dos idosos, para que, dessa forma, as ações propostas sejam mais efetivas para esses indivíduos.

Um dos idosos entrevistados comenta, ao longo de suas falas, que participa das decisões da sua unidade, pois intera a comissão de saúde do local, evidenciando nesse caso, a participação da comunidade no contexto da estratégia de saúde. Em seu relato, menciona que se sente “parte da equipe de saúde do posto”; tal comentário só ratifica o conceito de controle social proposto pelo SUS e citado anteriormente.

E007 – “Tudo por aqui, inclusive eu faço parte da comissão de saúde daqui, daqui do posto. Sim, sim, to sempre em atividade aqui com ‘os enfermeiro’, né, com as pessoas. A gente faz reuniões, né, eu faço parte da equipe de saúde daqui do posto.”

E007 – “Então é uma equipe nova, né. ‘Os projeto’ tá sendo bom! Na reunião que a gente faz, né, porque são muito novos ainda a gente tá formando ainda com... Isso tá criando

um vínculo, inclusive tem pessoas que não têm, as atendentes ainda não sabem a quantidade de pessoas que tem, né, cadastrada. Eles têm se entrosando agora. Eles têm se entrosando.”

Após comentar sobre sua participação em conjunto com toda a equipe e demais pessoas da comunidade nas decisões referentes à estratégia, o idoso em questão fala sobre o vínculo que vem sendo construído em conjunto entre comunidade e equipe. Ele cita que a equipe de saúde da sua ESF é relativamente nova, e que conta com auxílio para se adaptar às realidades de saúde daquela população. Fica evidente que essa relação é uma via de mão dupla, onde equipe e comunidade andam juntas por um mesmo objetivo.

Nessa perspectiva, é válido salientar os aspectos positivos trazidos nas falas dos idosos quanto à sua relação com a equipe profissional da ESF. Mesmo em casos como o citado acima, não houve, aparentemente, queixas ou questões negativas relacionadas aos profissionais. Por outro lado, o que ocorreu, em alguns casos, foram críticas à estrutura das estratégias, como foi discutido anteriormente ao longo da primeira categoria nos temas referentes à acessibilidade e oferta das ações. Portanto, acredita-se que não houve influência nas falas desses idosos e que elas retratam a realidade do cenário em que eles vivem.

6.5 Necessidade de escuta

Esta categoria “**Necessidade de escuta**” surgiu principalmente em decorrência de conversas com os idosos fora das entrevistas durante as visitas as ESF e também a partir das anotações contidas nos diários de campo. A grande maioria dos idosos entrevistados se mostrou bastante surpresa com a preocupação da pesquisa em escutá-los em suas próprias unidades. Alguns demonstraram ficar animados e até mesmo felizes com a chance de exporem seus pensamentos e suas opiniões a respeito das suas necessidades de saúde. Ao longo da pesquisa, isso se tornou ainda mais visível e foi um relato constante nos diários de campo:

“Uma coisa que devo ressaltar é o fato de que eu previamente achava que as pessoas fossem se intimidar pela presença do gravador durante as entrevistas ou que isso pudesse de, alguma maneira, constranger esses idosos. O que de fato não veio a ocorrer. Nenhum dos entrevistados, até o momento, se mostrou incomodado de alguma forma pelas gravações. Pelo contrário, eles se mostraram interessados e notei como eles acharam relevante poder dar sua opinião.

Quando eles têm essa chance eles falam do sistema de uma maneira muito particular. Alguns relatam ter um bom atendimento nas unidades, enquanto outros criticaram não o atendimento, mas a falta de materiais e recursos como a distribuição de remédios, por exemplo. No entanto, outros criticam o sistema e a organização dos serviços de saúde como, por exemplo, no caso dos encaminhamentos muitas vezes demorados e para unidades mais distantes. Mais de um entrevistado citou o fato de que, por ser idoso, não teria tempo a perder com a demora do sistema.”

No trecho citado anteriormente, que foi extraído dos diários de campo realizados ao longo de toda a fase de coletas de dados, comenta-se sobre a forma como alguns desses idosos entrevistados reagiram ao serem abordados para a pesquisa. Da mesma forma, houve manifestações após o momento das entrevistas sobre como foi à percepção desses indivíduos acerca da experiência de serem ouvidos. Para Souto et al. (2015), ter conhecimento sobre o ponto de vista dos idosos a respeito do que eles observam, pensam e sentem proporciona uma série de oportunidades não apenas para a reflexão, mas também para a ação. A percepção que a equipe tem sobre o contexto envolvendo o idoso facilita a criação de medidas que fortaleçam o vínculo de quem cuida e de quem é cuidado. Isso reforça a ideia de que o cuidado ao público idoso deve ser planejado e entendido, sem desvalorizar nenhuma peculiaridade ou limitação decorrente do processo de envelhecimento.

Há ainda algumas indagações que foram realizadas ao longo de todo o processo de imersão ao campo, sempre na tentativa de compreender de que maneira a pesquisa poderia, de fato, se apropriar do que estava sendo presenciado e relatado

pelos sujeitos para, assim, entender o que eles estavam querendo dizer. Será que esses idosos já tiveram alguma outra oportunidade de falar sobre isso? Tal questionamento foi levantado justamente por não haver a informação de se algo havia sido feito anteriormente, assim como pelo retorno decorrente das falas desses idosos nesse cenário específico, em que realmente ficou visível a falta de oportunidades para se pensar e falar sobre o tema. Outra reflexão pertinente à pesquisa relaciona-se ao que pode ser feito a partir desses relatos. Até que ponto esses indivíduos são ouvidos e como podem ser ouvidos se não tem a oportunidade de falar? Esta questão, especificamente, ficou evidente após a leitura detalhada das anotações presentes nos diários de campo, no qual foi identificada a presença de lacunas como essa a serem respondidas.

Essa categoria carrega um significado ainda mais importante, pois além de problematizar a necessidade de se dar voz a esses idosos que geralmente não são ouvidos, traz consigo um dos intuitos dessa pesquisa, que é valorização do idoso que se encontra inserido na comunidade e que depende dos serviços das estratégias e dos serviços públicos de saúde, muitas vezes como sua única alternativa. Os idosos muitas vezes não têm conhecimento sobre seus direitos em relação à saúde e desconhecem o poder que possuem através do controle social. Os serviços públicos de saúde devem ter um papel relevante para a efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisões em saúde, e é necessário que se reflita sobre isso. Para tanto, é preciso que se avaliem os desafios encontrados e as possibilidades apresentadas para que, de fato, haja uma participação social efetiva. É preciso, também, que se saliente a importância da presença ativa dos sujeitos na construção do processo democrático no SUS, e da discussão acerca da necessidade de empoderamento da população usuária do sistema. Nessa conjuntura, o Programa Saúde da Família (PSF) pode ser visto como uma estratégia relevante na busca da participação mais ativa dos usuários na tomada de decisões junto à equipe e aos gestores (MARTINS, 2007).

No modelo adotado pelo Programa Saúde da Família (PSF) há o incentivo para que o olhar e a escuta dos profissionais de saúde não se volte para a doença dos sujeitos e suas limitações nas condições de vida, objetivando, assim, que o processo do cuidado à saúde promova o surgimento da autonomia dos sujeitos (CAMPOS; BARROS;

CASTRO, 2004). Partindo do pressuposto de que o conceito de promoção da saúde tem como suporte a democratização das informações, assim como o trabalho conjunto de toda a sociedade para a superação dos problemas existentes, entende-se que deva envolver a descentralização do poder e as ações multidisciplinares e intersetoriais. Outro aspecto importante que deve ser considerado sob esse ponto de vista se refere à participação popular efetiva no processo de formulação de políticas públicas e na tomada de decisões. Há a necessidade de que esses processos participativos sejam desenvolvidos para a promoção de hábitos que desenvolvam o pensamento crítico e a capacidade dos indivíduos de controlar situações adversas por meio da conscientização dos determinantes dos problemas ou da formação do pensamento crítico. Para tanto, a criação de espaços para o exercício da cidadania pode ser considerada um elemento essencial para que se desenvolva o empoderamento da população (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004). A partir dessa perspectiva, o PSF aparece como um ambiente propício à execução destas práticas, principalmente em questões referentes à população idosa.

Retomando o que foi discutido anteriormente, existe a necessidade de dar voz aos usuários idosos, visto que eles têm esse ímpeto de reafirmarem-se como sujeitos. Essa necessidade surge em decorrência das alterações provenientes do próprio processo de envelhecimento, caracterizado muitas vezes por perdas, quedas e declínios, e da forma como cada um lida com esse processo. Para tanto, a escuta é um recurso interessante, pois propicia a esses indivíduos um espaço para compartilhar com os demais suas angústias e alegrias, para contar suas histórias e experiências de vida. Ao debater sobre suas experiências e expectativas, esse idoso tende a dar um novo sentido a essa experiência, assim como transmitir o seu saber, se reorganizar psicologicamente e elaborar as suas próprias questões a partir do olhar do outro (BECKER; BECK; DRUGG, 2015).

Compreendendo esse conceito, destaca-se a importância atribuída por esses idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) à sua inclusão no processo de afirmação do direito a saúde a partir da sua participação na pesquisa. Isso é tão visível nas falas dos entrevistados que todos os relatos foram positivos e de aceitação. Desta

forma, os idosos mostram esse sentimento de pertencimento e aprovaram de maneira efetiva o fato de ter sido dado voz a eles.

Ao retomar uma das falas citada anteriormente, em que uma das entrevistadas relata a demora do processo de encaminhamentos, percebeu-se que, mesmo implicitamente, a necessidade de escuta também apareceu. No caso, o relato das dificuldades encontradas vinculou-se ao fato de que suas queixas não foram escutadas, não foram ouvidas, nem foi dada a chance ou o espaço para que a idosa falasse a respeito das suas necessidades.

“E001 – [...] A pessoa tá dizendo: - Eu to mal! Eu to mal! É isso que eu digo! Tem que encaminhar a pessoa pro lugar mais próximo que tiver, não é lá nos “quinto dos inferno”. Uma pessoa com quase 100 anos de idade tem que levantar de madrugada no inverno pra ir lá. Sai aqui da zona sul e vai lá pro hospital Conceição, você já imaginou isso? Já pensou que dificuldade pra uma pessoa na minha idade? Às vezes tem o meu filho que me dá um apoio e outras vezes não!”

A partir da discussão das categorias anteriores observou-se que é necessário que se dê voz a esses idosos usuários das ESFs deste território específico. Além de falar, os idosos necessitam que, de fato, alguém escute o que eles têm a dizer. Ouvir os idosos é importante não só para o sentimento de valorização desses indivíduos ou para a participação efetiva dessa parcela da população nas decisões referentes ao sistema de saúde, mas também é relevante na percepção das ações que são ofertadas – ou não – a eles nos serviços de saúde. Então, gestores, equipe profissional e idosos se beneficiam com essa prática, pois, a partir dela, se torna possível compreender qual a percepção da população idosa a respeito do que tem sido – ou não – realizado em sua estratégia e quais são as necessidades mais específicas para este grupo etário. A relevância está justamente em olhar para essas questões a partir do olhar de quem realmente se favorece desse processo, ou seja, da população idosa.

Deste modo, salientam-se os temas discutidos em todas as categorias de análise como sendo relevantes para a identificação das necessidades de saúde da população idosa do DGCC. Aspectos como a oferta de ações aos idosos nas ESFs foram identificados ao longo do estudo, assim como a forma como se dá o seu acesso e sua

atenção às demandas existentes. Da mesma forma, observou-se que questões relacionadas às percepções da população idosa quanto à sua saúde e à valorização da juventude também apareceram no decorrer das análises. O vínculo entre equipe profissional e usuários foi visto de maneira positiva pelos participantes do estudo. Além disso, a relevância de se escutar o que o idoso tem a falar sobre as suas necessidades, citada na última categoria, corrobora o que foi discutido e salienta a importância de que haja mais espaço para que esse grupo etário exponha sua opinião.

A discussão de todas as categorias vem ao encontro das dimensões e dos indicadores propostos pela metodologia do trabalho (Figura 8). A dimensão *Necessidade de saúde da população idosa* se relaciona diretamente com os temas abordados na discussão de categorias, como forma de aproximação ao objetivo da pesquisa. Além de direcionar a pesquisa, salienta a importância de identificar e debater suas necessidades de saúde ao longo das discussões. A segunda dimensão, chamada de *Ações de saúde nas ESF*, foi abordada na discussão sobre o que tem sido realizado – ou não – para que se atendam as necessidades caracterizadas pela discussão emergente da dimensão anterior.

O mesmo acontece com os indicadores *Avaliação de saúde*, *Identificação de ações de saúde* e *Relação entre necessidades de saúde e oferta de serviços de saúde*, demonstrando que a discussão realizada fica embasada no que foi proposto pela metodologia adotada inicialmente. Assim, eles foram utilizados como parâmetro para o aprofundamento da discussão das categorias, bem como no estabelecimento dos temas a serem discutidos dentro de cada uma.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se, a partir dos resultados da pesquisa, que as necessidades de saúde da população idosa atendida nas ESFs do DGCC se relacionam com aspectos organizacionais das unidades, como oferta de ações, atendimento priorizado e processos de encaminhamentos. Da mesma forma, interagem com questões referentes ao contexto envolvendo essas pessoas, como o acesso aos serviços de saúde e a necessidade de escuta proveniente da demanda local. Observou-se também que as ações desenvolvidas nas ESFs ainda são incipientes e que nem sempre atendem as necessidades trazidas por eles. Tal fato vem ao encontro do que foi proposto pelas dimensões estabelecidas na metodologia do trabalho, quanto as *Necessidade de saúde da população idosa* e *Ações de saúde nas ESF*. De uma maneira geral, idosos e gestores têm opiniões semelhantes e as retratam de maneira próxima à realidade dos atendimentos e da realização de atividades para esse público nas ESFs do distrito.

Ao investigar as necessidades de saúde da população idosa, através dos relatos de gestores e idosos das ESFs do DGCC, foram considerados os pontos de vista de ambos a respeito do assunto. No que se refere às ações de saúde desenvolvidas no território, identificou-se que nem todas as estratégias ofertam ações voltadas ao público idoso, sendo que algumas apresentam grupos específicos para outros fins que acabam por ter, em sua grande maioria, os idosos como maior público atendido. Em outros casos, as ESFs ofertam atividades aos idosos e visam atender as demandas decorrentes da comunidade em que se localizam. Assim, ressaltam-se os resultados referentes aos indicadores *Identificação de ações de saúde* e *Relação entre necessidades de saúde e oferta de serviços de saúde*, propostos anteriormente. Idosos e gestores concordam que as ações ofertadas ainda são incipientes e que tem aspectos a serem melhorados, como acesso a essas ações e a atenção efetiva às demandas existentes. Houve, por parte dos idosos, críticas ao processo de encaminhamentos a outras especialidades e exames em decorrência da demora do processo e da distância dos locais de atendimento.

Da discussão emergiram questões relevantes, como a percepção desses idosos acerca de sua própria saúde e a maneira como esses idosos veem sua saúde atualmente e como acreditam que ela poderia estar. Durante a discussão dos dilemas referentes à sua saúde no momento atual e as perspectivas quanto ao futuro, notou-se que ainda há uma confusão quanto à definição dos conceitos de saúde e de doença por esses indivíduos em decorrência da implicação de um conceito antiquado e apoiado no discurso do senso comum. Tal fenômeno se vincula também a um dos indicadores denominado *Avaliação de saúde*, e a discussão realizada na categoria seguinte a respeito da valorização da juventude. Essa categoria, intitulada *Forever Young*, salientou aspectos relacionados a preconceitos etários e a naturalização das doenças. Foi possível perceber que ainda existe uma visão distorcida acerca desses conceitos, tanto por parte dos idosos, quanto por parte dos gestores das estratégias.

Nessa perspectiva, o vínculo entre os idosos e as equipes das ESFs se mostrou presente nas falas dos idosos entrevistados. Todos os relatos foram positivos, caracterizando sua relação como parte de um atendimento humanizado, que tem como prioridade o cuidado e a atenção, não considerando apenas o tratamento de doenças. Não houve, aparentemente, queixas ou questões negativas relacionadas aos profissionais, o que houve, no entanto, foram críticas à estrutura das estratégias.

Outro caso que emergiu, principalmente a partir dos relatos contidos nos diários de campo, foi a necessidade de escuta aos idosos em seus territórios de origem, pois muitos deles relataram a importância dada por eles ao fato de serem ouvidos. Além disso, foi bastante comentado por eles o sentimento de valorização e reconhecimento ao terem a oportunidade de falar e opinar sobre o assunto, reforçando a pertinência em se dar voz a essas pessoas. Além de se dar a oportunidade de falar sobre o assunto, salienta-se a relevância de se ouvir o que os idosos têm a dizer sobre seu território e como isso pode ser útil para identificação de problemas e soluções para esse cenário.

Ao conhecer melhor a realidade dos idosos atendidos nesse território e os serviços de saúde disponíveis para essa população, é mais visível tentar compreender suas reais necessidades de saúde no cenário em que vivem. Foi possível vivenciar e

perceber as diferenças entre os idosos que vêm até a universidade e têm condições de procurar por ações que atendam às suas necessidades e os idosos que encontrei indo ao encontro deles em seus territórios de origem, diretamente nas ESFs. Muitas vezes esses idosos encontram outros empecilhos que não permitem que tenham a mesma autonomia na busca por essas ações no cenário em que vivem.

Surge, então, a partir dos resultados obtidos, a percepção de que ainda há muito a ser feito por essa população. Identificou-se que existem algumas possíveis ações que podem vir a afetar positivamente essa parcela de indivíduos, principalmente no que se refere à promoção da saúde. Desta maneira, este estudo pode ser um guia para futuras intervenções que atendam às necessidades específicas dos indivíduos dessa faixa etária, visto que as ações realizadas atualmente nas ESFs ainda são incipientes. Em outras palavras, há lacunas a se preencher, e agora, sabendo onde elas estão, o trabalho de identificá-las e completá-las fica mais fácil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento **Revista Portal de Divulgação**, v. 4, n. 40, mar./maio 2014. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>. Acesso em: 04 maio 2015.
- ALVES, R. V.; COSTA, M. C.; ALVES, J. G. B. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 31-37, jan./fev. 2004.
- ALWAN A., MACLEAN, D. R.; RILEY, L. M.; D'ESPAIGNET, E. T.; DOUGLAS, C. M.; STEVENS, G. A.; BETTCHER, D. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, v.376, p. 1861-1868, 2010.
- AREOSA, S. V. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 184-192, jan./jul. 2012.
- BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.
- BARBOSA MENDES, M. R. S. S.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- BERLEZI, F. M.; EICKHOFF, H. M.; OLIVEIRA, K. R.; DALLEPIANE, L. B.; PERLINI, N. M. O. G.; BUENO, C. Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 368-75, 2011.
- BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F.; MEDEIROS, P. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicol: Teoria Pesq.**, v. 21, n. 3, p. 263-9, set./dez. 2005.
- BORIM, F. S. A., NERI, A. L., FRANCISCO, P. M. S. B., BARROS, M. B. A. Dimensions of self-rated in older adults. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 714-722, 2014.

BOSI, E. **Memória e Sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 44-55, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2007. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília, 1994 [citado 2014 nov. 05]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**: LDB. Lei n.º 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Brasília DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMARGOS, M. C. S. **Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional**: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos, 2000. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, A. C. V.; CORDEIRO, E. C.; REZENDE, G. P.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 889-897, 2014.

- CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness. **Public Health Reports**, v.100, n. 2, p. 126-131, 1985.
- CASTELLANOS, P. L. Los odelos explicativos de salud-enfermidad: lós determinantes sociales. *In*: NAVARRO, F. M. **Salud pública**. Madrid: McGraw-Hill, 1998.
- CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. Índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.
- COORSAÚDE. **Coordenadoria de Saúde UFRGS**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsaude/cenarios-de-pratica/distrito-gloria-cruzeiro-cristal>>. Acesso em: 18 de maio 2015.
- COORSAÚDE. **Coordenadoria de Saúde UFRGS**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsaude/projetos/pro-saude-iii>>. Acesso em: 21 maio 2015.
- COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professionals. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 433-40, 2010.
- CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.
- CURY, M. J. R. **As interfaces da velhice na pós-modernidade: avanços e desafios na conquista da qualidade de vida**. Cascavel: Edunioeste, 2013.
- DATASUS. **Índices de mortalidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/a15.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.
- DICIONÁRIO INTERATIVO DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA. Pesquisar “universidade aberta à terceira idade”. **Agência Educa Brasil**, 2006. Disponível em: <<http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/diccionario.asp>>. Acesso em: dez. 2014.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.
- EIRAS, S. B.; SILVA, W. H. A.; SOUZA, D. L.; VENDRUCOLO, R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 75-89, jan. 2010.

- FERNANDES, M. G. M. **A velhice e o corpo envelhecido na percepção e vivência de homens e mulheres idosas**: uma análise sob o olhar de gênero. 2009. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
- FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, L. G. The aged body: perception and experience of elderly women. **Interface**, Comunic., Saude, Educ., Botucatu, v. 14, n. 35, p. 879-90, out./dez. 2010.
- FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.
- FERREIRA, M. T. O papel da atividade física na composição corporal de idosos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 1, n. 1, p. 43-52, 2003.
- FILHO, A. L.; SILVA, A. M.; ANTUNES, P. C.; SILVA, A. P. S.; LEITE, J. O. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 11-29, jan./mar. 2010.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res.**, v. 12, p. 189-198, 1975.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FRAGA, A. B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.
- FRENK, J. The concepts and measurement of accessibility. *In*: WHITE, K. L. et al. **Health Services Research**: an Anthology. Washington: PAHO, 1992. p. 842-855.
- GAVRILOV, L. A, HEUVELINE, P. Aging of population. *In*: DEMENY, P.; MCNICOLL, G. **Macmillan Reference USA**: Encyclopedia of Population. New York, 2003. p.32-37. Disponível em: <http://longevity-science.org/Population_Aging.htm.v>. Acesso em: 22 fev. 2015.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GLASER, B. G.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldine, 1967.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.
- GOLDANI, A. M. The challenges of ageism in Brazil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 111, p. 411-434, abr./jun. 2010.

GONÇALVES, A. K. **Ser idoso no mundo**: o indivíduo idoso e a vivência de atividades físicas como meio de afirmação e identidade social. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GONÇALVES, K. C.; STREIT, I. A.; MEDEIROS, P. A.; SANTOS P. M.; MAZO, G. Z. Comparação entre a percepção da qualidade de vida e o nível de aptidão física de idosos praticantes de atividades aquáticas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 39, jan./mar. 2014.

GOTTLIEB, M. G. V.; SCHWANKE, C. H. A.; GOMES, I.; CRUZ, I. B. M. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

GUERRA, A. C. L. C., CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. **World Health**, v. 4, p. 4-5. jul./ago. 1997.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 21, p. 200-210, 1987.

KOCH-FILHO, H.R.; KOCH, L. F. A.; KUSMA, S. M.; WERNECK, R. I.; BISINELLI, J. C.; MOYSÉS, S. T.; ALANIS, L. R. A. Uma reflexão sobre o preconceito etário na saúde. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 40-48, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 4 abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse de Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse preliminar do censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. v. 7.

- LIMA, C. K. G.; MURAI, H. C. Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. **Rev Enferm UNISA**, Santo Amaro, v. 6, p. 15-22, 2005.
- LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 367-73, 2009.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.
- LIMA, T. J. V.; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, O. Humanization in primary health care from the viewpoint of elderly. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 265-276, 2014.
- LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- LOPES, M. A.; KRUG, R. R. ; MARCHESAN, M.; MAZO, G. Z. An analysis of participation and continuation in physical activities programs among the long-lived elderly. **ConScientiae Saúde**, v. 11, n. 3, p. 429-437, 2012.
- LUZ, M. T. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Rev. Bras. Saúde Família**, Brasília, v. 9, p. 8-19, 2008.
- MARIN, M. J. S.; MARTINS, A. P.; MARQUES, F.; FERES, B. O. M.; SARAIVA, A. K. H.; DRUZIAN, S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev Bras Geriatr Gerontolog**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 245-256, 2008.
- MARTINS, P. C. **Controle social no Sistema Único de Saúde**: análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2007.
- MARTINS, V. F.; TAVARES, N. S.; XAVIER, L. C.; GRIEBLER, E. M.; GONÇALVES, A. K. Práticas corporais na linha do tempo. **Revista Didática Sistêmica**, III Extremos do Sul - Edição Especial, Rio Grande, p. 112–122, 2013.
- MATOS, I. B. O itinerário terapêutico: as práticas curativas de agricultoras de Joaçaba (SC). **Revista Grifos**, Chapecó, p. 101-124, 2000.
- MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esport**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5-15, jan./fev. 2001.
- MAZO, G. Z.; CARDOSO, A. S ; DIAS R. G.; BALBÉ G. P.; VIRTUOSO, J. F.. Do diagnóstico à ação: grupo de estudos da terceira idade: alternativa para a promoção do

envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 65-70, 2009.

MAZO, G. Z.; MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B. Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 18, nov. 2009.

MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. *In*: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRN, 2004. p. 249-259.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, fev. 2012.

MINAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MORAES, G. V. O.; GIACOMIN, K.; SANTOS, W. J. ; FIRMO, J. O. A. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 309-329, 2016.

MOREIRA, J. O. Mudanças na Percepção Sobre o Processo de Envelhecimento: Reflexões Preliminares. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 451-456, 2012.

NERI, A. L. (Org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo, 2007.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.

NESPE-FIOCRUZ-UFMG. **Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil**. 2002. Belo Horizonte: UFMG; 2002 Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro_preto.doc>. Acesso em: dez. 2014.

NOGUEIRA, E. L.; RUBIN, L. L.; GLACOBBO, S. S.; GOMES, I.; CATALDO NETO, A. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014.

OBSERVA POA. Observatório da cidade de Porto Alegre. **População Idosa de Porto Alegre Informação Demográfica e Socioeconômica**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>>. Acesso em: 18 maio 2015.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**: fundamentos e pesquisa. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

OLIVEIRA, D. C. A categoria necessidades nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 47-52, 2002.

OLIVEIRA, J. B.; GUSMÃO, S. C. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista - BA. *In*: SECLLEN-PALACIN, J.; FERNANDES, A. S. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 63-76.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, set./out. 2011. [09 telas]

PIMENTA, F. B.; PINHO, L. SILVEIRA, M. F.; BOTELHO, A. C. C. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

PINTO, R. B. R.; BARROS, L. C. Abordagem das pesquisas em epidemiologia aplicada à gerontologia no Brasil: revisão de literatura em periódicos, entre 1995 e 2005. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 3, p. 361-369, 2007.

PNAD - **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Comentários: Indicadores do período de 2004 a 2009. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/comentarios2009.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

REIS, A. O. A., MARAZINA, I. V., GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

REIS, J. Modelo metateórico da psicologia da saúde para o século XXI: interação ou integração biopsicossocial? **Rev Análise Psicol.**, v. 3, n. 17, p. 415-33, 1999.

REZENDE, M.; MOREIRA, M. R.; AMÂNCIO FILHO, A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1403-1410, 2009.

- RIBEIRO, A. P. F. **Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos.** Dissertação (Mestrado em Geriatria e Gerontologia) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2007.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.; CRUZ, I. R.; LANGE, C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007.
- SANTOS, S. G.; GHELLER, R. G. Construção e validação de instrumentos para coleta. *In*: MORETTI-PIRES, R. O.; SANTOS, S. G. (Org.) **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa aplicada a Educação Física.** Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SEN, A. K. ¿Por qué la equidade en salud? **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 302-309, 2002.
- SILVA, J. V. F.; SILVA, E. C.; RODRIGUES, A. P. R. A.; MIYAZAWA, A. P. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015.
- SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. *In*: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- SOUTO, E. C. S. A., OLIVEIRA, M. K. S., COELHO, M. A. S., SANTOS, L. R., LEITE, L. E. S., SILVA, C. S. O. O olhar do idoso sobre o processo do envelhecer. **Anais do IX Fórum de Ensino Pesquisa Extensão e Gestão.** Belo Horizonte, 2015.
- SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.
- SPIRDUSO, W. **Dimensões físicas do envelhecimento.** Porto Alegre: ArtMed, 2005.
- TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI, G. E. C. B.; SAÚDE, M. I. B. M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Rev Eletrônica Enferm**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008.
- TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** Salvador: AATR; 2002.
- THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Research methods in physical activity.** 3. ed. Champaign: Human Kinetics, 1996.

- THOMPSON, P.; ITZIN, C.; ABENDSTERN, M. **I don't feel old**: understanding the experience of later life. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- UNITED NATIONS (UN). **World Population Prospects**. The 2000 Revision, 2001.
- VASCONCELOS, A. M. N., GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
- VERAS, R.; RAMOS, L.; KALACHE, A. Growth of the elderly population in Brazil: transformations and consequences in society. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 363-374, 1987.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 3, p. 17-25, 1991.
- WITT, R. R.; ROOS, M. O.; CARVALHO, N. M.; SILVA, A. M.; RODRIGUES, C. D. S; SANTOS, M. T. Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1020-1025, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing**: A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneva: WHO; 1986.
- WORLD POPULATION PROSPECTS. **World Population Prospects**: The 2012 Revision. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>> Acesso em: 18 maio 2015.
- YANG, Y.; GEORGE, L. K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. **J Aging Health**, v. 17, n. 3, p. 263-292, 2005.
- ZOBOLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 158-162, 2007.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) Idosos



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE”

Pesquisador-responsável: Mda. Eliane Mattana Griebler

Orientação: Profa. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa intitulada “NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE”, com objetivo de investigar as demandas de saúde da população idosa e como se dá seu atendimento no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC), bem como as estratégias de intervenção no DGCC como dissertação de mestrado em Saúde Coletiva.

Os instrumentos a serem aplicados envolvem a avaliação das necessidades de saúde, compondo uma entrevista com questões abertas sobre as demandas de saúde da população idosa usuária dos serviços de saúde no DGCC, com duração de aproximadamente 30 minutos podendo variar de acordo com as respostas dos entrevistados. Nenhum participante do estudo receberá remuneração.

Os resultados obtidos serão utilizados na elaboração da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da pesquisadora responsável, bem com na formulação de artigos científicos e resumos, para serem apresentados em congressos e publicados em revistas, mas os participantes não serão identificados (direito de sigilo) e podem desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Os resultados ficarão armazenados num banco de dados na universidade durante o período de cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, sob a forma de uma ficha com código. A lista dos participantes, com os respectivos códigos, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável para evitar a identificação dos participantes durante o manuseio das informações.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Os riscos, caso venham a ocorrer, seriam mínimos. Pode haver constrangimento com relação à exposição de opiniões sobre o serviço de saúde. Nesse caso, se você desejar poderá não responder qualquer pergunta sem prejuízo à sua pessoa ou à sua relação com o serviço de saúde. Como benefícios da pesquisa, destacam-se o auxílio dos resultados no planejamento e execução de atividades de saúde com idosos.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e a pesquisadora responsável assegura o sigilo sobre sua participação. Os dados divulgados não possibilitarão identificá-lo. Esclarecimentos sobre o projeto podem ser solicitados para o pesquisador responsável, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, ou pelo e-mail eliane.griebler@ufrgs.br.

Assim, assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse, e autorizando a utilização dos resultados obtidos nas minhas avaliações para o desenvolvimento da pesquisa.

Porto Alegre, _____ de _____ de 201__.

Código: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Mda. Eliane Mattana Griebler

Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS – (51) 3308-3738

Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – (51) 3289-5517

Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) Gestores



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE”

Pesquisador-responsável: Mda. Eliane Mattana Griebler

Orientação: Profa. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa intitulada “NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE”, com objetivo de investigar as demandas de saúde da população idosa e como se dá seu atendimento no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC), bem como as estratégias de intervenção no DGCC.

Os instrumentos a serem aplicados envolvem a avaliação das necessidades de saúde da população idosa usuária dos serviços de saúde no DGCC, compondo um questionário com questões referentes ao tema proposto, que será aplicado durante as reuniões do colegiado de gestores e terá rápida aplicação. Nenhum participante do estudo receberá remuneração.

Os resultados obtidos serão utilizados na elaboração da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da pesquisadora responsável, bem com na formulação de artigos científicos e resumos, para serem apresentados em congressos e publicados em revistas, mas os participantes não serão identificados (direito de sigilo) e podem desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Os resultados ficarão armazenados num banco de dados na universidade durante o período de cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, sob a forma de uma ficha com código. A lista dos participantes, com os respectivos códigos, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável para evitar a identificação dos participantes durante o manuseio das informações.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Os riscos, caso venham a ocorrer, seriam mínimos. Pode haver constrangimento com relação à exposição de opiniões sobre o serviço de saúde. Nesse caso, se você desejar poderá não responder qualquer pergunta sem prejuízo à sua pessoa ou à sua relação com o serviço de saúde. Como benefícios da pesquisa, destacam-se o auxílio dos resultados no planejamento e execução de atividades de saúde com idosos.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e a pesquisadora responsável assegura o sigilo sobre sua participação. Os dados divulgados não possibilitarão identificá-lo. Esclarecimentos sobre o projeto podem ser solicitados para o pesquisador responsável, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, ou pelo e-mail eliane.griebler@ufrgs.br.

Assim, assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse, e autorizando a utilização dos resultados obtidos nas minhas avaliações para o desenvolvimento da pesquisa.

Porto Alegre, _____ de _____ de 201__.

Código: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Mda. Eliane Mattana Griebler

Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS – (51) 3308-3738

Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – (51) 3289-5517

Apêndice 3 – Instrumentos: entrevista e questionário



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sou formada em Educação Física pela mesma instituição e atualmente também sou graduanda em Fisioterapia pela UFRGS. O meu projeto de mestrado relaciona-se com a problemática das demandas de saúde da população idosa atendida nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, de acordo com perspectiva do envelhecimento ativo proposta pela Organização Mundial da Saúde.

Venho por meio do questionário em anexo, tentar identificar quais as demandas voltadas à saúde do idoso existentes nas unidades de saúde do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Desde já agradeço a colaboração.

Atenciosamente,

Eliane Mattana Griebler

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Código:

Unidade de saúde:

- 1) Qual a demanda de atenção a saúde do idoso na ESF?
- 2) Como avalia a saúde desse grupo populacional no território de sua ESF?
- 3) O idoso utiliza os serviços de saúde existentes na ESF?
- 4) Quais as ações relacionadas à saúde do idoso que são desenvolvidas na sua unidade (público alvo, atividades desenvolvidas)?
- 5) Você acha que esses serviços atendem as suas necessidades?
- 6) Existem demandas relacionadas à saúde do idoso que necessitam ser atendidas?
Quais?
- 7) De que modo a atenção à saúde da população idosa pode ser melhorada ou implementada na sua unidade de maneira efetiva, de acordo com sua realidade?

QUESTÕES REFERENTES À ENTREVISTA COM OS IDOSOS:

- 1) Como o(a) senhor(a) percebe que está sua saúde nesse momento?
- 2) O senhor acha que sua saúde poderia ser melhorada? Como?
- 3) O(a) senhor(a) utiliza os serviços de saúde existentes na ESF?
- 4) O(a) senhor(a) tem conhecimento de quais as ações relacionadas à saúde do idoso que são desenvolvidas na sua unidade (AQUI)?
- 5) O(a) senhor(a) acha que esses serviços atendem as suas necessidades?
- 6) Existem demandas relacionadas à sua saúde que necessitam ser atendidas?
Quais?
- 7) O que poderia ser melhorado para uma melhor atenção a sua saúde na ESF?

Apêndice 4 – Questões referentes ao estudo piloto com os gestores



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sou formada em Educação Física pela mesma instituição e atualmente também sou graduanda em Fisioterapia pela UFRGS. O meu projeto de mestrado relaciona-se com a problemática das demandas de saúde da população idosa atendida nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, de acordo com perspectiva do envelhecimento ativo proposta pela Organização Mundial da Saúde.

Venho por meio do questionário em anexo, tentar identificar quais as demandas voltadas à saúde do idoso existentes nas unidades de saúde do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Desde já agradeço a colaboração.

Atenciosamente,

Eliane Mattana Griebler

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Nome:

Unidade de saúde:

- 1) Quais as ações relacionadas à saúde do idoso que são desenvolvidas na sua unidade (público alvo, atividades desenvolvidas)?

- 2) Existem demandas relacionadas à saúde do idoso que necessitam ser atendidas?
Quais?

Anexo 1 – Mini Exame do Estado Mental - MINI MENTAL

MINI-MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Paciente: _____

Data de avaliação: _____ **Avaliador:** _____

Orientação

- | | |
|--|-----|
| 1) Dia da Semana (1 ponto) | () |
| 2) Dia do Mês (1 ponto) | () |
| 3) Mês (1 ponto) | () |
| 4) Ano (1 ponto) | () |
| 5) Hora aproximada (1 ponto) | () |
| 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto) | () |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | () |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto) | () |
| 9) Cidade (1 ponto) | () |
| 10) Estado (1 ponto) | () |

Memória Imediata

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e Cálculo

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65)

(1 ponto para cada cálculo correto) ()

Evocação

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente

(1 ponto por palavra) ()

Linguagem

- 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) ()
- 3) Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) ()
- 4) Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto) ()
- 5) Escrever uma frase (1 ponto) ()
- 6) Copiar um desenho (1 ponto) ()

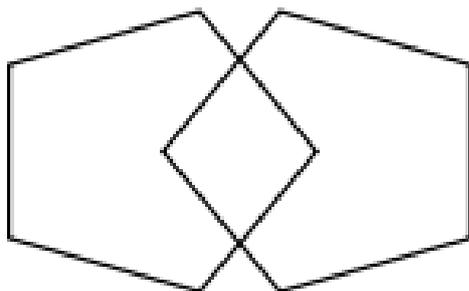
Escore: (/ 30)

Paciente: _____ ⁷Idade: _____

Data de Avaliação: _____

ESCREVA UMA FRASE

COPIE O DESENHO



⁷ CONTINUAÇÃO MINI-MENTAL

Apêndice 5 – Caracterização dos sujeitos

Idosos (Código aleatório)	Idade	Escolaridade	Moradia	Pontuação no Mini-Mental
E001	79	Ensino médio (magistério)	Filhos	30
E002	72	Ensino Fundamental Incompleto	Filhos	25
E003	73	Ensino médio (magistério)	Sozinha	28
E004	83	Ensino Fundamental Incompleto	Filhos, netos e cunhada	26
E005	60	Ensino fundamental	Cônjuge e filhos	26
E006	69	Ensino médio	Sozinha	28
E007	73	Ensino Fundamental	Cônjuge e filhos	28
E008	74	Ensino Fundamental incompleto	Cônjuge, filhos e netos	27
E009	67	Ensino médio	Cônjuge	30
E010	77	Ensino Fundamental incompleto	Filhos, netos e cunhados	25

Anexo 2 – Parecer Consubstanciado da COMPESQ-ENF



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PARECER CONSUBSTANCIADO



PROJETO Nº: 29729

TÍTULO DO PROJETO: Necessidades de saúde da população idosa: cenário do território de um distrito de saúde

Coordenadora: Profa. Dra. Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Pesquisadora: Eliane Mattana Griebler

Instituição de origem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Escola de Enfermagem da UFRGS/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ASPECTOS CIENTÍFICOS:

Título: O título “Necessidades de saúde da população idosa: cenário do território de um distrito de saúde” é adequado ao propósito do estudo. Trata-se de projeto para pesquisa que embasa dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, devidamente qualificada em banca examinadora.

Introdução/Caracterização do problema: Caracteriza o tema, contextualiza a problemática e justifica a relevância do estudo. Inclui revisão bibliográfica acerca do tema.

Objetivos: O Objetivo Geral (“Investigar necessidades de saúde da população idosa e ações desenvolvidas no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, visando à indicação de estratégias mais efetivas.”) e os objetivos específicos (“Identificar as demandas de saúde de idosos no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal; Identificar oferta de ações nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal existentes e sua efetividade a partir da percepção do idoso e do gestor; Propor estratégias efetivas de atenção à saúde da população idosa no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.”) são adequados à problemática e metodologia do estudo.

Aspectos Metodológicos: O estudo seguirá um delineamento qualitativo e a amostra será composta por idosos atendidos nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, bem como dos gestores do mesmo território. Os instrumentos utilizados serão entrevistas compreensivas, questionários e diários de campo. A análise de conteúdo, através do estabelecimento de categorias temáticas, será utilizada como meio

para interpretação dos resultados. Os procedimentos metodológicos estão adequados ao propósito do estudo.

Referências: adequadas ao projeto, atualizadas, citadas adequadamente.

Cronograma: adequado ao projeto.

Orçamento: os custos serão cobertos com recursos captados por meio de edital.

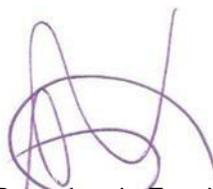
ASPECTOS REGULATÓRIOS E ÉTICOS:

Projeto informa a observação dos aspectos éticos da pesquisa, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, com submissão ao CEP UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Contem minuta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigida em formato de convite, com informações sobre o projeto.

COMENTÁRIOS GERAIS:

Projeto de pesquisa relevante e atual, com contribuições importantes à organização do cuidado. Adequado nos seus aspectos metodológicos. Aprovado quando aos aspectos metodológicos e mérito científico.

Porto Alegre, 07 de agosto de
2015.



Comissão de Pesquisa da Escola de
Enfermagem,
COMPESQ/ENF.

Anexo 3 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-POA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE

Pesquisador: ANDRÉA KRUGER GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51411115.9.3001.5338

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.439.626

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa descritiva exploratória onde busca-se avaliar as necessidades de saúde da população idosa atendida em uma determinada região de Porto Alegre. O trabalho será realizado através de entrevistas com idosos atendidos num determinado distrito sanitário de Porto Alegre e gestores do mesmo território.

A transição demográfica é uma realidade atual na sociedade brasileira e mundial, a partir desse fenômeno a faixa etária que mais cresce é a de indivíduos com mais de 60 anos. O objetivo do trabalho é investigar demandas de saúde da população idosa e ações desenvolvidas no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC). O estudo seguirá um delineamento qualitativo e a amostra será composta por idosos atendidos nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, bem como dos gestores do mesmo território. Os instrumentos utilizados serão entrevistas compreensivas, questionários e diários de campo. A análise de conteúdo, através do estabelecimento de categorias temáticas, será utilizada como meio para interpretação dos resultados. O projeto será submetido à COMPESQ-ENF e comitês de Ética da UFRGS e da Prefeitura de Porto Alegre (SMS) para análise. Após a aprovação do projeto será dado início à coleta de dados.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.439.626

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar necessidades de saúde da população idosa e ações desenvolvidas no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Objetivo Secundário:

- Identificar as demandas de saúde de idosos no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal;
- Identificar oferta de ações nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal existentes e sua efetividade a partir da percepção do idoso e do gestor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os riscos, caso venham a ocorrer, seriam mínimos e talvez estejam relacionados ao fato dos idosos e dos gestores exporem sua opinião a respeito de um serviço público ou também pela exposição de sentimentos ao longo da pesquisa. Salienta-se que todos os instrumentos e as técnicas de abordagem serão feitas com o intuito de diminuir ao máximo todo e qualquer constrangimento aos participantes.

Benefícios:

A pesquisa visa identificar as necessidades de saúde da população idosa atendida no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, desta forma, poderá auxiliar no planejamento e na execução de atividades de saúde com o público dessa faixa etária. Para o público idoso ressalta-se a importância de dar voz a essa população ouvindo sua opinião, proporcionando assim maior controle social dos idosos nos serviços de saúde e seu empoderamento. Quanto aos gestores, destaca-se a sua participação nesse diálogo, podendo assim expor seu ponto de vista sobre as atividades de saúde e atenção ao idoso nesse ambiente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Área: Pós Graduação em Saúde Coletiva

Nível: Mestrado

Aluna: Eliane Mattana Griebler

Local de realização do estudo: GCC

Número de participantes: 20 (10 gestores; 10 idosos)(critério de saturação)

Cronograma: término em 08/2016

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 1.439.626

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na avaliação do projeto de pesquisa foram identificadas as seguintes pendências:

1) Não foi identificado o documento de autorização da coordenação ou gerência distrital responsável, conforme definido nesta SMS:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=912

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=913

Resposta do pesquisador: foi anexado o documento solicitado.

Análise: Pendência atendida.

2) Solicita-se esclarecer como se dará a aplicação do teste Mini-Mental pelo pesquisador, e o local. Também esclarecer em que momento e local serão as realizadas as entrevistas com os idosos em cada unidade de saúde.

Resposta do pesquisador: Para a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental) o procedimento se dará por meio de aproximação mediado pelo gestor e/ou sua equipe de trabalho. Esse, por sua vez, indicará qual a melhor forma de abordagem dos indivíduos idosos em cada unidade, levando em consideração a realidade de cada comunidade. Dessa forma, o local e o momento da abordagem pode variar de acordo com a unidade, visando o mínimo de constrangimento possível para os sujeitos da pesquisa. A aplicação do Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental) será realizada no formato de entrevista, em local reservado na própria unidade assegurando a confidencialidade do resultado apenas ao entrevistador.

Análise: Pendência atendida.

3) Em relação aos dois modelos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

a) solicita-se revisar a redação, mantendo a forma de convite e o texto na terceira pessoa do singular, a fim de facilitar a leitura e compreensão do documento pelo público alvo específico. Por exemplo, no TCLE para idosos o trecho "(...) Os instrumentos a serem aplicados envolvem a avaliação das necessidades de saúde, compondo uma entrevista com questões abertas sobre as

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar	CEP: 90.010-040
Bairro: Centro Histórico	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517	Fax: (51)3289-2453
	E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 1.439.626

demandas de saúde da população idosa(...), pode ser escrito como: "As perguntas que vamos lhe fazer são para saber quais são as suas necessidades de saúde quando vai ao posto buscar atendimento".

b) em ambos TCLEs deve ficar explicitada a atividade (reunião, entrevista, observação, etc.) que será realizada com o participante, assim como a duração e local em que vai ocorrer. Solicita-se adequação.

c) Nos TCLEs deve ser informado que as entrevistas serão gravadas. Favor incluir.

d) Nos documentos deverá ser informado que houve apreciação ética pelo CEP SMSPA, indicando telefone e endereço para contato.

Ressaltamos que as atividades de pesquisa não devem interferir nas ações de assistência à saúde realizadas nas unidades pelos profissionais da SMS.

Resposta do pesquisador: as alterações solicitadas foram realizadas nos dois TCLEs.

Análise: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o parecer de aprovação do CEP SMSPA na Gerência Distrital de Saúde, para organizar o início da pesquisa.

Enviar o relatório ou trabalho final, ao término da pesquisa, para o CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_630763.pdf	08/01/2016 16:38:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle0701.docx	08/01/2016 15:53:08	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 1.439.626

Ausência	tcle0701.docx	08/01/2016 15:53:08	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_630763.pdf	14/12/2015 13:53:13		Aceito
Outros	alteracoes_das_pendencias_de_acordo_com_parecer.docx	14/12/2015 13:50:05	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	14/12/2015 13:27:58	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCOMPLETO_sms.docx	14/12/2015 13:26:49	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_630763.pdf	30/11/2015 09:41:34		Aceito
Outros	Parecer29729_assinado.pdf	30/11/2015 09:40:30	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_630763.pdf	24/11/2015 13:58:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termosms.pdf	24/11/2015 13:56:24	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	24/11/2015 13:49:14	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoAndreaKruger.pdf	24/11/2015 13:41:33	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	23/11/2015 11:02:40	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_sms.docx	23/11/2015 11:01:14	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.439.626

PORTO ALEGRE, 06 de Março de 2016

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

Página 06 de 06

Anexo 4 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE

Pesquisador: ANDRÉA KRUGER GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51411115.9.0000.5347

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.388.382

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado da área de Saúde Coletiva. De caráter qualitativo, a pesquisa qualitativa aborda as demandas de saúde a população idosa e ações desenvolvidas no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC). Os participantes são idosos atendidos e gestores do referido distrito. Os instrumentos utilizados serão entrevistas compreensivas, questionários e diários de campo. A análise de conteúdo, através do estabelecimento de categorias temáticas, será utilizada como meio para interpretação dos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar necessidades de saúde da população idosa e ações desenvolvidas no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Objetivo Secundário: Identificar as demandas de saúde de idosos no território do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal; Identificar oferta de ações nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal existentes e sua efetividade a partir da percepção do idoso e do gestor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são avaliados como mínimos, relacionados ao fato do idoso expor sua opinião a respeito de um serviço público ou também pela exposição de sentimentos ao longo da pesquisa. Como

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.388.382

benefícios são referidos a possibilidade de os resultados auxiliarem no planejamento e na execução de atividades de saúde com o público dessa faixa etária. Quanto aos gestores, destaca-se a sua participação nesse diálogo, podendo assim expor seu ponto de vista sobre as atividades de saúde e atenção ao idoso nesse ambiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto bem apresentado e completo contendo todos os itens formais. Serão realizadas entrevistas com idosos que utilizem algum dos serviços de saúde nestas diferentes ESFs vinculadas ao DGCC. Os critérios de exclusão para os idosos são limitações cognitivas definidas a partir do Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental). Explicam que este "procedimento se dará por meio de aproximação mediada

pelo gestor e/ou sua equipe de trabalho. Esse, por sua vez, indicará qual a melhor forma de abordagem dos indivíduos idosos. Para a avaliação do instrumento será adotado um ponto de corte na pontuação total, que será limitador na escolha do indivíduo." Explicam que a entrevista será realizada mesmo com os idosos que tiverem escore baixo para não lhes causar o contrangimento de não terem sido aprovados no exame, porém estes não serão contabilizados na amostra. O número estimado é de 20 idosos embora o número final de entrevistados será dado pelo critério de saturação dos dados. Serão também aplicados questionários a gestores do mesmo território. Estão incluídos aqueles que atuam como gestores na unidade de saúde ESF há no mínimo 6 meses e que participam da reunião de gestores para preenchimento do instrumento. Os critérios de exclusão para gestores são: não estar temporariamente ocupando a função de gestor da ESF (vice-gestão ou sub gestão, substituto de gestão).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão todos presentes, inclusive 2 TCLEs, um para os idosos e um para os gestores. Apresenta termo de ciência da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre e termo de compromisso assinada pela pesquisadora referente ao utilização e divulgação de dados. Nos TCLEs foram acrescentados de forma adequada os tempos de duração das entrevistas, os benefícios aos participantes e informação sobre os riscos.

Recomendações:

O projeto está completo e adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.388.382

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_630763.pdf	08/01/2016 16:38:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle0701.docx	08/01/2016 15:53:08	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Outros	alteracoes_das_pendencias_de_acordo_com_parecer.docx	14/12/2015 13:50:05	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCOMPLETO_sms.docx	14/12/2015 13:26:49	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Outros	Parecer29729_assinado.pdf	30/11/2015 09:40:30	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termosms.pdf	24/11/2015 13:56:24	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	24/11/2015 13:49:14	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoAndreaKruger.pdf	24/11/2015 13:41:33	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Janeiro de 2016

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br