



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**TALES COELHO SAMPAIO**

**O SUS E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PERSPECTIVA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA**

**FORTALEZA  
2014**

**TALES COELHO SAMPAIO**

**O SUS E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PERSPECTIVA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Pós-doutor Fernando José Pires de Sousa

**FORTALEZA  
2014**

**TALES COELHO SAMPAIO**

**O SUS E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PERSPECTIVA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará - UFC, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Pós-doutor Fernando José Pires de Sousa (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vaudelice Mota  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Augediva Maria Jucá Pordeus  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

A minha FAMILIA, minha essência  
Aos meus avós, minha inspiração  
Aos meus pais, minha vida  
Aos meus irmãos, meu coração

A minha dadá, meu carinho  
Aos meus tios, minha admiração  
Ao meu amor, minha luz  
Aos meus amigos, minha afeição

A minha profissão, meu caminho  
Aos meus professores, minha gratidão  
Aos meus alunos, meu entusiasmo  
Aos idosos, minha motivação

Ao meu DEUS, por tudo isso!

## AGRADECIMENTOS

*Há flores no meu caminho, não ando sozinho [...].*  
(ÚRSULA AVNER, 2009).

Durante a longa caminhada, nos damos conta das flores que fizeram parte dessa trilha. São muitas, difícil enumerar todas. Expresso toda minha gratidão a todos os que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho. Meus sinceros agradecimentos:

A Deus, fonte da vida, razão de tudo e todos.

A minha família, pela compreensão, carinho e incentivo na busca do conhecimento.

A minha família estendida, parentes, amigos e companheiros.

À Universidade Federal do Ceará – UFC, à coordenação do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas e a todo o corpo docente, pelo inestimável cabedal de conhecimentos e experiências repassadas.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fernando José Pires de Souza, pelo apoio e compreensão na elaboração deste trabalho.

À minha amiga Marlene Lopes Cidrack, pela infinita disponibilidade e por todos os seus ensinamentos.

Aos colegas de curso, pela união, momentos vivenciados e laços de amizade estabelecidos.

Aos profissionais de saúde da Atenção Básica, guerreiros em defesa do SUS universal, integral e igualitário.

À Diretoria da Associação Médica Cearense, pelo apoio e compreensão das minhas ausências, em especial: Dr. Florentino, Dr.<sup>a</sup> Marjorie e Dr.<sup>a</sup> Sidneuma.

Aos professores da UNIFOR, dentre eles, Antônio e Augediva, pela força e incentivo em todos os momentos.

Agradeço, por fim, ao carinho e confiança dos idosos. Esse encontro propiciou troca de conhecimentos e experiências, e nos fez sonhar com um futuro melhor, sem exclusões, com saúde para todos!

*Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconhecamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.*

Simone de Beauvoir

## RESUMO

O envelhecimento populacional ocorre de forma globalizada. É um fenômeno sem precedentes. À medida que as sociedades envelhecem, geram problemas de saúde, desafiando os sistemas de saúde, particularmente o SUS, no caso brasileiro. Este é um estudo descritivo, tendo enfoque quantitativo e qualitativo. A pesquisa teve por objetivo geral avaliar a atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família (ESF), na comunidade do Dendê, em Fortaleza, e, por objetivos específicos: identificar o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde dos idosos da comunidade do Dendê; apreender a percepção dos idosos acerca da atenção à saúde prestada pela ESF do CSF Matos Dourado; caracterizar os profissionais de saúde e identificar se são capacitados para o atendimento ao idoso e sugerir estratégias e/ou ações que promovam atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. O estudo foi desenvolvido em dois locais: comunidade do Dendê e no Centro de Saúde da Família Matos Dourado, localizados no Bairro Edson Queiroz. Na fase quantitativa, foram utilizados questionários como instrumentos de coleta tanto para idosos e para profissionais de saúde. Em relação aos idosos, foram pesquisados 99, residentes na Comunidade do Dendê, e, em relação aos profissionais de saúde, responderam o questionário quatro enfermeiras e três médicos. Os dados foram analisados pelo Epi-Info versão 6.0. Na fase qualitativa, utilizou-se como método de coleta de dados a entrevista em profundidade, tendo sido entrevistados oito idosos, e o grupo focal, com a participação de seis agentes comunitários de saúde. Os dados foram analisados por meio do método Hermenêutica da Profundidade, preconizado por Thompson (1995). Os idosos do Dendê vivem em casas com infraestrutura precária e sem saneamento básico. Eles têm origem no campo (69,7%) e idade média de 69,7 anos. São em sua maioria mulheres (60,6%), casados (47,4%), pardos (84,8%), católicos (63,6%), aposentados ou pensionistas (82,8%), com baixo poder aquisitivo, tendo como renda familiar um a dois salários-mínimos (67,6%) e possuem baixa escolaridade (76,7%). Possuem elevada morbidade física, principalmente das DCNT e seus fatores de risco, e autoavaliam a saúde como de regular a ruim (72,4%). Os longevos têm a percepção de que os serviços prestados pelo PSF apresentam deficiências, pois, mesmo satisfeitos (65,6%), e referindo que este melhorou efetivamente suas vidas (70,9%), mudariam do CSF ou de profissional de saúde se fosse fácil fazer (41,4%). A análise dos dados aponta que a insatisfação com o PSF está ligada a dificuldades de acesso à consulta médica, ao acompanhamento longitudinal e à integralidade da atenção. Em relação à atenção que é prestada aos idosos, podemos concluir que não é adequada, pois não atende bem suas necessidades. O caminho para solucionar esses problemas passa pelo fortalecimento da ESF. Para isso, é essencial investir na infraestrutura e na qualificação profissional, montando equipes completas e multiprofissionais. A saúde do idoso se faz prioridade, sendo um desafio que envolve decisões políticas e uma conscientização da sociedade no tocante aos cuidados, respeito e solidariedade para com seus idosos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Atenção à Saúde do Idoso. Estratégia de Saúde da Família. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

## ABSTRACT

Population aging occurs in a globalized manner. It is an unprecedented phenomenon. As societies grow old, they give birth to health problems that challenge health systems, particularly the 'SUS' (Unified Health System), in the Brazilian case. This is a descriptive study having both quantitative and qualitative focus. The research had as its general objective the attention given to the aged person in the Family-Health Strategy (ESF) at the community of 'Dendê' in Fortaleza and the following specific goals: to identify the socioeconomic and demographic profiles, as well as the profile of the health situation of the aged population at the 'Dendê' community; to apprehend the perception of the aged themselves regarding the attention given to them by the 'ESF' of the 'Mattos Dourado' Family Health Center; to characterize the health professionals and to check whether they are duly qualified to give healthcare assistance to the aged and suggest strategies and/or actions aiming at an integral and integrated to the health of the old person. The study was carried out at two locations: at the community of 'Dendê' and at the 'Mattos Dourado' Family Health Center, located at 'Edson Queiroz' neighborhood. During the quantitative phase, questionnaires were used as collecting instruments for the aged and for the health professionals. With respect to the aged, 99 residents of the 'Dendê' Community were researched and, as to health professionals, four Nurses and three Medical Doctors answered the questionnaire. The corresponding data were analyzed by way of the 'Epi-Info Version 6.0'. During the quantitative phase, the 'In-Depth Interview' technique for data collection was conducted, and eight aged persons were interviewed as well as the focal group with the participation of six community health agents. The data were analyzed by way of the 'In-Depth Hermeneutics' method advocated by Thompson (1995). The 'Dendê Community' aged persons live in homes with precarious infrastructure and no basic sanitation whatsoever. They come from the countryside (69.7%), and are at an average age of 69.7 years old. The majority of them are women (60.6%), married (47.4%), of dusky complexion (84.8%), catholics (63.6%), retired or pensioners (82.8%), with very low income, having as their family income one or two minimum monthly wages (67.6%) and a low level of education (76.7%). They display high physical morbidity, chiefly related to (DCNT) 'Chronic Non-Communicable Diseases' and their risk factors, and self-evaluate their own health conditions from middling to poor (72.4%). The oldest individuals have the perception that the health services rendered by the (PSF) 'Family-Health Program' have been rather inefficient, since even being satisfied (65.6%), and admitting that the referred to health services have improved the quality of their lives (70.9%), they would leave the 'Family-Health Center' or their health professional if that were easy for them to do (41.4%). The data analysis suggests that the dissatisfaction regarding the 'PSF' results from the access hurdles encountered to get medical appointments, the lack of longitudinal follow-up medical monitoring and the lack of comprehensive attention needed by the aged. In relation to the attention that is rendered to the aged, we can come to the conclusion that it is not adequate, since it does not meet their needs. The way to solve those problems points toward the strengthening of the 'ESF'. To achieve such an endeavor, it is essential to invest in infrastructure and professional qualification, by organizing complete and multiprofessional teams. The health of the aged has priority, as a challenge that involves political decisions and awareness on the part of the society regarding care, respect and solidarity for their citizens.

**Key words:** Aging. Attention to the Health of the Aged. Family Health Strategy. National Policy for the Health of the Aged.

## LISTA DE QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| 1 Elementos que compõem um roteiro do programa de avaliação.....  | 56  |
| 2 Versos da Cartilha Comemorativa dos 35 anos do bairro Edson Queiroz. Fortaleza-CE, 2005.....  | 70  |
| 3 Cálculo: tamanho da amostra de idosos participantes do estudo.....  | 74  |
| 4 Poetas brasileiros e poesias/crônicas sobre a velhice, nomes fantasia dos entrevistados. Fortaleza-CE, 2014.....  | 149 |
| 5 Descrição das categorias e seus significados.....   | 150 |
| 6 Personalidades brasileiras.....   | 159 |
| 7 Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Julho de 1998 a janeiro de 2014. Fortaleza-CE, 2014..... | 229 |

## LISTA DE FIGURAS

|  |     |
|--|-----|
| <b>1</b> Dimensões da saúde.....   | 37  |
| <b>2</b> Fortaleza. Mapa. Bairro Edson Queiroz.....  | 222 |
| <b>3</b> Mapa das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza-CE.....  | 223 |
| <b>4</b> Fortaleza. Bairros da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI).....  | 224 |
| <b>5</b> Fortaleza. Bairros da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV).....  | 225 |
| <b>6</b> Pirâmide populacional da população de estudo do projeto Coorte Dendê, Fortaleza, CE 2007 -2008.....             | 226 |
| <b>7</b> <i>Google Earth</i> : imagem aérea da Comunidade do Dendê e cercanias. Bairro Edson Queiroz. Fortaleza-CE.....  | 227 |
| <b>8</b> Mapa da divisão das Equipes de Saúde da Família do CSF Mattos Dourado na Comunidade do Dendê. Fortaleza-CE..... | 228 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |     |
|--|-----|
| <b>1</b> Tempo de espera entre a solicitação da consulta por idosos da Comunidade do Dendê e o atendimento no CSF Mattos Dourado. Bairro Edson Queiroz. SER VI de Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....        | 121 |
| <b>2</b> Tempo de espera dos idosos da Comunidade do Dendê, entre a chegada ao CSF Mattos Dourado e a consulta com médico ou enfermeiro. Bairro Edson Queiroz. SER VI de Fortaleza–CE, abril a maio de 2014..... | 122 |
| <b>3</b> Grau de Satisfação dos idosos da Comunidade do Dendê, quanto ao atendimento prestado pelo CSF Mattos Dourado. Bairro Edson Queiroz. SER VI de Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....                   | 123 |

## LISTA DE TABELAS

|  |     |
|--|-----|
| <b>1</b> Origem dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza – CE, abril a maio de 2014.....   | 84  |
| <b>2</b> Tempo de moradia dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza – CE, abril a maio de 2014.....   | 86  |
| <b>3</b> Composição racial e étnica dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 86  |
| <b>4</b> Perfil sociodemográfico dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....  | 87  |
| <b>5</b> Relação entre faixa etária e sexo dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....  | 88  |
| <b>6</b> Distribuição dos idosos da Comunidade do Dendê, por estado civil e sexo. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....  | 89  |
| <b>7</b> Escolaridade dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 91  |
| <b>8</b> Fonte de renda e a renda dos Idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 93  |
| <b>9</b> Religião dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 94  |
| <b>10</b> Como vivem os idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 96  |
| <b>11</b> Autoavaliação de saúde dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....  | 98  |
| <b>12</b> Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....  | 101 |
| <b>13</b> Fatores de risco para DCNT na Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 110 |
| <b>14</b> Problemas de saúde dos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014 .....   | 116 |
| <b>15</b> Uso de medicamentos por idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz, SER VI de Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 117 |
| <b>16</b> Uso e acessibilidade aos serviços: primeiro contato dos idosos da Comunidade do Dendê no CSF Mattos Dourado. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 120 |
| <b>17</b> Avaliação do atendimento prestado pelo CSF Mattos Dourado aos Idosos da Comunidade do Dendê, Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 123 |
| <b>18</b> Avaliação do atendimento/acompanhamento longitudinal prestado pelo CSF Mattos Dourado aos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 125 |
| <b>19</b> Avaliação da Coordenação da Atenção Básica (CSF Mattos Dourado) na integração de cuidados com níveis secundário/terciário de atenção à saúde em relação aos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014..... | 127 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>20</b> Avaliação da integralidade nos serviços disponíveis e prestados aos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 128 |
| <b>21</b> Avaliação da orientação familiar e comunitária no CSF Mattos Dourado para os idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....  | 132 |
| <b>22</b> Avaliação do Programa de Saúde da Família - PSF / Atenção Básica (CSF Mattos Dourado) pelos idosos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....                           | 134 |
| <b>23</b> Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa por longevos da Comunidade do Dendê. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....  | 135 |
| <b>24</b> Avaliação da influência da implantação do Programa de Saúde da Família, no CSF Mattos Dourado, na vida dos idosos da Comunidade. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....                     | 135 |
| <b>25</b> Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, CSF Mattos Dourado. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 138 |
| <b>26</b> Distribuição do tempo de formados pela profissão dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, CSF Mattos Dourado. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....                      | 139 |
| <b>27</b> Avaliação dos profissionais de saúde sobre o CSF Mattos Dourado. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....   | 140 |
| <b>28</b> Avaliação do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica, segundo os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, CSF Mattos Dourado. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014..... | 141 |
| <b>29</b> Avaliação dos profissionais de saúde sobre o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família no CSF Mattos Dourado. Bairro Edson Queiroz. SER VI, Fortaleza–CE, abril a maio de 2014.....                              | 142 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |   |
|--------|---|
| AA     | Alcoólatras Anônimos                                  |
| ACS    | Agente Comunitário de Saúde                           |
| AIVDs  | Atividades instrumentais de vida diária               |
| AVDs   | Atividades de vida diária                             |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária              |
| AIDS   | <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>             |
| AVC    | Acidente vascular cerebral                            |
| CE     | Ceará   |
| CRAS   | Centro de Referência de Assistência Social            |
| CSF    | Centro de Saúde da Família                            |
| CT     | Colesterol total                                      |
| DALYs  | <i>Disabilityadjusted Life Years</i>                  |
| DCNT   | Doenças crônicas não transmissíveis                   |
| DF     | Distrito Federal                                      |
| DPOC   | Doença pulmonar obstrutiva crônica                    |
| DST    | Doenças sexualmente transmissíveis                    |
| CSF    | Centro de Saúde da Família                            |
| ESF    | Equipe de Saúde da Família                            |
| ICC    | Insuficiência cardíaca congestiva                     |
| HDL    | <i>High-Density Lipoprotein</i>                       |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística       |
| HP     | Hermenêutica da profundidade                          |
| IMC    | Índice de massa corpórea                              |
| IPECE  | Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará |
| LDL    | <i>Low-Density Lipoprotein</i>                        |
| MS     | Ministério da Saúde                                   |
| NAMI   | Núcleo de Atenção Médica Integrada                    |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde                          |
| ONU    | Organização das Nações Unidas                         |
| OPAS   | Organização Panamericana de Saúde                     |
| PNAB   | Política Nacional de Atenção Básica                   |
| PACS   | Programa Agentes Comunitários de Saúde                |
| PNSPI  | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa            |
| PSF    | Programa de Saúde da Família                          |
| SABE   | Saúde, bem-estar e envelhecimento                     |
| SER    | Secretaria Regional                                   |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido            |
| UECE   | Universidade Estadual do Ceará                        |
| UFC    | Universidade Federal do Ceará                         |
| UNIFOR | Universidade de Fortaleza                             |
| UTI    | Unidades de tratamento intensivo                      |
| WHO    | <i>World Health Organization</i>                      |

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 17  |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | 21  |
| 2.1 Objetivo geral.....   | 21  |
| 2.2 Objetivos específicos.....  | 21  |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | 22  |
| 3.1 A trilha do envelhecimento.....   | 22  |
| 3.1.1 <i>O idoso durante os tempos</i> .....  | 22  |
| 3.1.2 <i>A velhice</i> .....  | 27  |
| 3.2 Saúde do idoso.....   | 30  |
| 3.2.1 <i>O pulular de idosos</i> .....  | 30  |
| 3.2.2 <i>Brasil, um país de velhos!</i> .....   | 31  |
| 3.2.3 <i>O caminho da saúde</i> .....   | 33  |
| 3.3 Políticas públicas.....   | 39  |
| 3.3.1 <i>A trilha das políticas de saúde no Brasil: contexto histórico</i> .....                              | 41  |
| 3.3.2 <i>A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa</i> .....   | 46  |
| 3.3.3 <i>Interfaces da Política do Idoso com a Política Nacional de Atenção Básica e de Humanização</i> ..... | 49  |
| 3.3.4 <i>Avaliação de políticas públicas</i> .....  | 51  |
| <b>4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....   | 67  |
| 4.1 Tipo de estudo.....   | 67  |
| 4.2 Local da pesquisa.....  | 68  |
| 4.3 Amostra e participantes do estudo.....  | 72  |
| 4.4 Coleta de dados.....  | 76  |
| 4.4.1 <i>Período</i> .....  | 76  |
| 4.4.2 <i>Fase quantitativa</i> .....  | 76  |
| 4.4.3 <i>Fase qualitativa</i> .....   | 78  |
| 4.5 Análise dos dados.....  | 80  |
| 4.6 Pesquisa e ética.....   | 81  |
| 4.7 Riscos e benefícios.....  | 81  |
| 4.8 Desfechos primário e secundário.....  | 82  |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....   | 83  |
| 5.1 1ª Fase - análise sócio-histórica (fase quantitativa) .....   | 83  |
| 5.1.1 <i>Caracterização do idoso</i> .....  | 83  |
| 5.1.2 <i>Caracterização do domicílio</i> .....  | 95  |
| 5.1.3 <i>Estado de saúde</i> .....  | 98  |
| 5.1.3.1 <i>Autoavaliação de saúde e doenças crônicas não transmissíveis</i> .....                             | 98  |
| 5.1.3.2 <i>Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis</i> .....                                | 108 |
| 5.1.3.3 <i>Outros problemas de saúde e uso de medicamentos</i> .....  | 115 |
| 5.1.4 <i>Uso dos serviços de saúde no CSF Mattos Dourado</i> .....  | 119 |
| 5.1.4.1 <i>Acessibilidade</i> .....   | 119 |
| 5.1.4.2 <i>Longitudinalidade</i> .....  | 124 |
| 5.1.4.3 <i>Integralidade</i> .....  | 127 |
| 5.1.4.4 <i>Orientação familiar e comunitária</i> .....  | 131 |

|  |            |
|--|------------|
| 5.1.4.5 Programa de Saúde da Família.....  | 133        |
| 5.1.5 Caracterização dos profissionais de saúde.....   | 137        |
| 5.2 2ª Fase - Análise formal ou discursiva (fase qualitativa) .....  | 147        |
| 5.2.1 Entrevista em profundidade com idosos do Dendê.....  | 147        |
| 5.2.1.1 Categoria 1 - Cheguei lá, não fui atendido.....  | 150        |
| 5.2.1.2 Categoria 2 – Boniteza não compra beleza, o que precisa é médico.....  | 153        |
| 5.2.1.3 Categoria 3 – Quando consigo ser atendido, sou bem atendido.....   | 155        |
| 5.2.2 Grupo focal com agentes comunitários de saúde do Dendê.....  | 158        |
| 5.2.2.1 PSF, o que é?.....   | 160        |
| 5.2.2.2 O ACS é tudo e é nada!.....  | 162        |
| 5.2.2.3 Tem sim, dificuldade de ver o doutor!.....   | 165        |
| 5.2.2.4 Velhice não dá prioridade na saúde!.....   | 167        |
| 5.2.2.5 Não cuida nem “duma” parte, vai cuidar do todo?.....   | 168        |
| 5.2.2.6 Reabilitação? Não sei, nunca vi!.....  | 169        |
| 5.2.2.7 Falta remédio e ponto!.....  | 170        |
| 5.3 3ª Fase - interpretação/reinterpretação.....   | 172        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>177</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>186</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>202</b> |
| Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....   | 203        |
| Apêndice B - Questionário (Idoso).....   | 204        |
| Apêndice C - Questionário (Profissionais de Saúde).....  | 212        |
| Apêndice D - Entrevista - roteiro (Idosos).....  | 219        |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>221</b> |
| Anexo A - Fortaleza Mapa Bairro Edson Queiroz.....   | 222        |
| Anexo B - Mapa das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza-CE.....   | 223        |
| Anexo C - Fortaleza - Bairros da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI).....  | 224        |
| Anexo D - Fortaleza, Bairros da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV).....   | 225        |
| Anexo E - Pirâmide populacional da população de estudo do projeto Coorte Dendê, Fortaleza, CE 2007 -2008.....  | 226        |
| Anexo F - Google Earth: imagem aérea da Comunidade do Dendê e cercanias, Bairro Edson Queiroz. Fortaleza-CE.....   | 227        |
| Anexo G - Mapa da divisão das Equipes de Saúde da Família do CSF Mattos Dourado na Comunidade do Dendê. Fortaleza-CE.....  | 228        |
| Anexo H – Teto, implantação e proporção de cobertura das estratégias de agentes comunitários de saúde, Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal no período de julho de 1998 a janeiro de 2014, no Município de Fortaleza/CE..... | 229        |

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma marca da sociedade contemporânea que atinge todas as nações. É um fenômeno sem precedentes. Enquanto na Antiguidade a infância era muito curta em razão da baixa expectativa de vida, a velhice começava cedo, a vida era árdua e a longevidade era rara. Na atualidade, os cinco continentes convivem, em momentos distintos, com o envelhecimento populacional, portanto, com o aumento na proporção de idosos. A principal característica do crescimento da população idosa no Brasil é, sem dúvida, a rapidez com que está se dando, sendo o grupo com 60 anos ou mais o que proporcionalmente mais cresceu na última década (IBGE, 2010). De acordo com as projeções estatísticas realizadas pela Organização Mundial de Saúde - OMS, em 2025, o Brasil terá, em termos absolutos, a sexta população de idosos do mundo (WHO, 2002; BRASIL, 2002).

A realidade do envelhecimento populacional brasileiro tem como marca a heterogeneidade desse segmento, pois, de um lado, encontramos um grupo com pessoas em pleno vigor físico e mental e, de outro, idosos em situações de maior vulnerabilidade. Isso é parte de um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais. Os idosos brasileiros não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam sequelas das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida.

Portanto, a cada dia aumenta mais o número de idosos no Brasil que precisam de cuidados e de ter respeitados seus direitos e sua condição de cidadãos. O envelhecimento bem-sucedido pode ser uma realidade, desde que o idoso seja atendido em todas as suas necessidades. Para isso, faz-se necessário oferecer suporte para que o risco de adoecer se reduza, a qualidade de vida melhore e se ofereça uma atenção integral à saúde dos idosos. Historicamente, no entanto, o sistema de saúde brasileiro não organizou o atendimento ao idoso, justamente por não considerar o idoso uma de suas prioridades.

O caminho para a garantia de uma saúde mais digna para a pessoa idosa no Brasil passa pelo processo histórico da Reforma Sanitária Brasileira, pelos encaminhamentos apontados na 8ª Conferência Nacional de Saúde e tem como premissa a garantia do direito universal e integral à saúde assegurado pela “Constituição Cidadã”, e reiterado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ante o crescente envelhecimento populacional brasileiro, e respeitando os direitos previstos na Constituição, surgiu a Política Nacional do Idoso em

1994 (BRASIL, 1996). Quase uma década depois, em 2003, foi promulgado e sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. Entre outras coisas, essa Lei assegura a atenção integral à saúde do idoso, em todos os níveis de atenção, por intermédio do SUS (BRASIL, 2010).

Em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde do Brasil, com a finalidade de garantir acesso e promover a melhoria na quantidade e qualidade dos serviços ofertados à população. Uma das partes deste compromisso público é o Pacto pela Vida, que traz entre suas prioridades a saúde do idoso. As diretrizes desse pacto foram norteadoras para a reformulação da Política do Idoso (BRASIL, 2007). A atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) veio em 2006, trazendo um novo paradigma para a discutir a situação de saúde do idoso, a condição funcional, tema indispensável para elaboração de políticas de saúde para o idoso. Baseado no contexto dessa política pública, o Ministério da Saúde desenvolveu como ações estratégicas: implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; disponibilizar o Caderno de Atenção Básica: “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”; promover curso de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, dentre outros.

Ainda, de acordo com a PNSPI, foi definido que o cuidado à saúde do idoso teria a Atenção Básica/Saúde da Família como porta de entrada para o sistema de saúde, tendo a rede de serviço especializada de média e alta complexidade como referência. De acordo com suas diretrizes a Atenção Básica deve ter mecanismos de prover melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade da atenção a pessoa idosa (BRASIL, 2010). Nesse mesmo ano, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. A PNAB definiu que cabe aos municípios a autonomia para organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, dentro do seu território, com suporte nas diretrizes nacionais e estaduais (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS. O Programa de Saúde da Família - PSF nasceu em 1994, como estratégia de reorganização da Atenção Básica e do Sistema de Saúde no Brasil. Esse programa trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita na esperança de uma atenção integral e valorizando as necessidades dos grupos populacionais. A atenção ao idoso deve ser localizada na Atenção Básica (BRASIL, 2010).

A nossa atuação na Atenção Básica por mais de dez anos como médico de família e comunidade, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, por meio do PSF, permitiu o contato com a realidade vivida pelos idosos. O diferencial da assistência no PSF era o cuidado integral a saúde das pessoas, transpondo a assistência médica, restrita a consulta e tratamento medicamentoso. Assim, passamos a desenvolver todos os sentidos para ver, ouvir, perceber odores, sentir, tocar, acolher emoções... trazendo em si o desejo incessante do encontro com o outro, procurando ajudá-los no restabelecimento daquilo que representa a sua saúde. E foi trabalhando na Atenção Básica que tivemos contato com o retrato da velhice marginalizada e carente de atenção. Essa velhice é carregada de significados, como inquietude, fragilidade e angústia.

Arrostando essa dura realidade de descaso para com os idosos, seja por familiares, quando os tratam como “gagá”, ou simplesmente o ignoram (idoso invisível), ou por parte dos profissionais de saúde, que, por total despreparo o tratam como crianças ou seres incapazes, além do que, muitas vezes, desdenham de suas queixas, simplesmente dizendo: “é assim mesmo, é da idade”. Ao observar a falta de suporte técnico, científico, do envolvimento com as pessoas e a comunidade, tudo isso fez despertar a necessidade de qualificação para atender essa população.

Somente com a Especialização em Saúde do Idoso e, posteriormente em Geriatria, descobrimos um “novo mundo”, o envelhecimento populacional. Ultrapassando o conceito tradicional de saúde, há um novo paradigma, que relaciona saúde no idoso à autonomia e à capacidade funcional. A nova visão foi determinante para importantes alterações na saúde pública, especificamente na atenção ao idoso, já que atualmente prevalecem as doenças crônicas e evolutivas, com tratamentos não curativos e que, a longo prazo, podem ensejar incapacidades, dependência da vida diária e perda de autonomia. Em outro momento, já como professor do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, pudemos presenciar diversas pesquisas quantitativas e qualitativas realizadas na Comunidade do Dendê, com foco do idoso, onde os problemas dos longevos eram discutidos. Em uma delas, durante a realização de grupos focais com idosos e outro com profissionais de saúde, podemos divisar visões divergentes sobre assistência à saúde e a atuação do Programa Saúde da Família.

Nessa realidade, os desafios do SUS são muitos. Se, por um lado, nos vemos diante de avanços legais e normativos das políticas públicas de saúde da pessoa idosa no Brasil, e de significativos progressos na garantia da universalidade da atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, de outra parte, nos deparamos idosos queixosos e com denúncias nos meios

de comunicação quanto à dificuldade de acesso e falta de qualidade no atendimento, o que a imprensa chama de “descaso na saúde pública”.

A atenção à saúde da pessoa idosa deve ser fundamentada em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna. Ela deve ser contínua e eficaz e demandar níveis distintos de intervenção dos serviços de saúde, adequados às diversas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Então, levantamos a seguinte hipótese: a atenção à saúde da pessoa idosa prestada pela Estratégia Saúde da Família funciona adequadamente, portanto é capaz de garantir a satisfação dos longevos.

Nesse contexto, é importante o estudo da trajetória da política da pessoa idosa, avaliando sua atuação na Atenção Básica, verificando se houve desenvolvimento, mudanças e, só assim, apontar se há necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde para atenção básica, de estratégias preventivas e de promoção à saúde. O objetivo desse trabalho é avaliar a atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família, na Comunidade do Dendê. Neste estudo, foram incluídos os agentes envolvidos na produção das práticas e suas demandas subjetivas, valores e sentimentos. Dessa forma, é esperado que o resultado desta pesquisa possa contribuir socialmente com a população de idosos do Dendê, à medida que determine se os objetivos relacionados à assistência à saúde do idoso estão sendo alcançados, e, assim, auxilie na tomada de decisões.

Nessa perspectiva, a proposta é realizar uma avaliação extensa, detalhada e multidimensional, com base em diversos tipos de dados e informações, como: questionários e entrevistas em profundidade com observação de campo e grupo focal; percebendo sentidos e o contexto envolvido. Mais à frente, o capítulo 3 tratará do referencial teórico, abordando a trilha do envelhecimento; a saúde do idoso e as políticas públicas voltadas para este segmento. O capítulo 4 percorre a trajetória metodológica, explicitando o tipo de estudo, local da pesquisa, amostra e participantes do estudo, coleta de dados, análise dos dados, pesquisa e ética, riscos e benefícios, desfecho primário e secundário. No capítulo seguinte, são mostrados os resultados e a discussão e, por fim, vêm as considerações finais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família, na Comunidade do Dendê, do Município de Fortaleza-CE.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde dos idosos da Comunidade do Dendê.
- Apreender a percepção dos idosos acerca da atenção à saúde prestada pela Estratégia Saúde da Família do CSF Mattos Dourado.
- Caracterizar os profissionais de saúde e identificar se são capacitados para o atendimento ao idoso.
- Sugerir estratégias e/ou ações que promovam atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 A trilha do envelhecimento**

Abordaremos inicialmente o tema “O idoso durante os tempos”, onde delinearemos uma visão da influência exercida pelos idosos nas diversas épocas e nações. Posteriormente, discorreremos sobre “A velhice” como fase da vida, onde citaremos algumas teorias do envelhecimento e, por fim, trataremos do envelhecimento, à luz da ciência, e suas alterações fisiológicas.

#### *3.1.1 O idoso durante os tempos*

Sobre a Antiguidade, é muito difícil calcular a proporção de idosos, pois não se tem dados suficientes. As fontes de documentação disponíveis são as pedras tumulares, não representativas da maioria da população e, além disso, na Grécia clássica e em Roma antiga, as mulheres e os escravos não eram levados em conta nos cálculos proporcionais e nas estratégias políticas. Informa Mascaro (2004), a vida nessa época era árdua, a infância era muito curta em decorrência da baixa expectativa de vida. A velhice, portanto, começava cedo e a longevidade era rara e selecionada.

Nessa era remota, as atividades eram iniciadas precocemente e não tinham idade-limite para cessar sua produtividade. Não havia conceito formalizado ou institucionalizado a respeito de aposentadoria dos trabalhadores. Fatores de ordem fisiológica, psicológica e social condicionavam a decisão de continuar ou parar de produzir na classe dos trabalhadores manuais e personalidades do mundo cultural.

Em algumas sociedades, os idosos eram prestigiados. Na Grécia, em relação aos negócios públicos, não se confiava nos jovens. Apesar da valorização do ideal físico, curiosamente, em Esparta, foi onde o conselho dos cidadãos idosos (com idade acima de 60 anos) foi mais valorizado. O conselho chamava-se Gerúsia, composto de 28 homens que tinham o total controle da Cidade - Estado. Em Atenas, a idade mínima para tornar-se membro do conselho era de 30 anos e, para fazer parte da assembleia num tribunal de arbitragem, era de 60 anos. (LEME, 2005).

Na Roma antiga, como leciona Leme (2005), pelo menos nominalmente, os idosos parecem haver sido respeitados. Sua mais importante instituição de poder, o Senado, teve seu nome derivado de *senex* (idoso), valorizando a experiência destes cidadãos. No Império Romano o poder do *pater familias* era incontestável e soberano. Em geral, no entanto, os velhos eram pouco numerosos e desprestigiados, quando não eram anciãos ricos pertencentes a famílias nobres.

O fim do mundo antigo foi marcado pela invasão dos bárbaros e o triunfo do cristianismo. Do século V ao X, na Alta Idade Média, o feudalismo estava em crescente desenvolvimento e a vida era muito difícil para os idosos que não pertenciam à camada privilegiada dos senhores feudais. Na Idade Média, sobre grande influência da igreja, existia na sociedade uma identidade entre os poderes patriarcal e o monástico, e os jovens obedeciam e respeitavam os mais velhos, como o faziam com Deus. A velhice continuava uma raridade. O envelhecimento para uma mulher significava muitas vezes enfrentar a viuvez, a solidão, a pobreza e, mesmo sendo acolhida na casa de um filho, sentiam-se muitas vezes desamparadas e desprestigiadas. Quando perdiam os filhos para guerra ou eram por eles abandonados, tornavam-se indigentes (BEAUVOIR, 1990, citado por PERES, 2007).

Com o Renascimento, houve a exaltação da beleza física e o vigor dos corpos jovens, desprestigiando a mulher idosa que muitas vezes era comparada a feiticeira. Alguns autores observaram um progressivo aumento da expectativa de vida no período do Renascimento. Surgindo, concomitantemente, maior interesse com referência aos problemas do envelhecimento (LEME, 2005, p. 21).

No século XVII, a sociedade francesa era autoritária e absolutista, os idosos tinham uma vida muito difícil, a média de vida era baixa e somente o idoso rico continuava a ser respeitado em função de suas posses. Nessa mesma época, na Inglaterra, foram fundados hospitais e asilos que acolhiam os pobres, doentes e os velhos abandonados. Segundo Bois citado por Papaléo Netto (1996, p. 9; 2006, p. 4) em *Historie e la Vieillesse*, o século XVIII é de otimismo em relação à velhice, talvez nunca visto. O idoso era considerado então patrimônio e não encargo. A Revolução Francesa impôs alguns limites aos poderes do pai, mas sua figura ainda era poderosa.

A vida dos idosos continuou muito difícil no início do capitalismo e no século XIX, durante a Revolução Industrial. Na classe social mais desfavorecida, os idosos dependiam da família, que podia tratá-los com benevolência, mas também podia esquecê-los,

abandoná-los em hospitais e asilos. Na transição do século, observa-se uma inversão de valores. Decorrente da Revolução Industrial com seus avanços tecnológicos e da valorização de teses desenvolvimentistas, ganha importância a força de produção, beneficiando os jovens. Passa-se a julgar o homem pela sua capacidade de produzir. Salgado, citado por Papaléo Netto (1996, p. 9), ressalta o quadro atual da sociedade, quando diz: "valores culturais sedimentado através de anos, qualificaram extremamente o potencial da juventude, em detrimento da idade madura e da velhice, as quais acabaram por serem interpretadas como um misto de improdutividade e decadência".

O século XX foi marcado por profundas transformações. Na pesquisa, o estudo da velhice aufere destaque. Este interesse em pesquisar e estudar o envelhecimento vem de séculos, porém, foi potencializado pelo envelhecimento populacional. Nessa trajetória científica, merecem destaques dois pioneiros – Elie Metchnikoff e Nascher – que, em 1903 e em 1909, respectivamente estabeleceram os fundamentos da Gerontologia<sup>1</sup> e da Geriatria<sup>2</sup>. Esses autores, entretanto, tiveram dificuldades de disseminar suas ideias. Desde 1961, Hayflick, citado por Papaléo Netto (1996, p. 4), já indicava a convergência de três fatores para explicar o atraso dos conhecimentos sobre os idosos e o envelhecimento: os cientistas relutavam em entrar em um campo dominado por charlatões e praticantes de magia negra; a falta de base suficientemente concreta ou de fundamento teórico que pudesse levar a um planejamento experimental adequado; e a pequena quantidade de investimentos destinado às pesquisas.

Outras dificuldades de pesquisar o envelhecimento foram sugeridas, como as de caráter biofisiológico e social: a incapacidade de mensurar o fenômeno do envelhecimento; distinção entre os processos decorrentes de modificações biológicas que surgem com o avançar dos anos (senescência ou senectude) e os estados mórbidos (senilidade) mais comuns nos idosos; a ideia de que o processo fundamental do envelhecimento não pode ser alterado e a política dominante das sociedades industrializadas e urbanizadas que tinham mais interesse

---

<sup>1</sup> Gerontologia: foi proposta por Metchnikoff em 1903. É a ciência que estuda o envelhecimento em suas dimensões biológica, psicológica e social. De acordo com Neri (2008, p. 95), a Gerontologia é um “campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais”.

<sup>2</sup> Geriatria: área da Medicina que cuida da saúde e das doenças da velhice nos aspectos físicos, cognitivos, funcionais e sociais, nos cuidados agudos, crônicos, de reabilitação, preventivos e paliativos dos idosos, oferecendo abordagem multidimensional, atuando em equipe interdisciplinar e com o objetivo principal de garantir e otimizar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida dos idosos (SBGG, 2011, p.119).

na assistência materno-infantil e nos jovens, em razão do investimento em vida útil, produtiva.

Na década de 1930, Marjory Warren ganhou destaque por delinear os primórdios da avaliação funcional e a importância da multidisciplinaridade. Desta década em diante, vários estudos surgiram e, com os avanços científicos biofisiológicos, se conseguiu estabelecer o limite entre senescência e senilidade e, entre o envelhecimento saudável ou bem-sucedido e o envelhecimento comum (PAPALÉO NETTO, 2006). De 1969 a 1979, houve um crescimento de 270% nas pesquisas sobre velhice, trazendo, em sua maioria, a importância da adaptação dos idosos. Nas décadas seguintes, 1980 e 1990, em virtude das necessidades sociais advindas do envelhecimento social, as pesquisas passaram a abordar: o apoio a familiares que cuidam de idoso; os cuidadores; os custos do sistema de saúde e previdenciário; a necessidade de formação de recursos humanos; a necessidade de ofertas ocupacionais e educacionais para idosos e pessoas de meia-idade (NERI, 2001, citado por PAPALÉO NETTO, 2006, p. 3).

Para Papaléo Netto (1996), o século XX tem como marca a expansão de medidas protetoras que visam a postergar a morte. Nesse século, vimos a "curva de sobrevivência" (expressa pela porcentagem da população que permanece viva num determinado momento) progressivamente adquirir a forma retangular, principalmente onde se observa melhora nas condições de vida e trabalho de uma dada população. O fenômeno do envelhecimento populacional é amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX. Em De Masi e Betto (2002), citados por Gáspari e Schwartz (2005, p.69), está a informação de que,

Na Sociologia (...) essas alterações têm sensíveis ressonâncias nas múltiplas dimensões biopsico-socio-culturais do homem, exigindo, para minimizar alguns efeitos negativos de tais ecos, uma ressignificação de seus valores, a (re)introjeção de atitudes da vida cotidiana (...). Esses deslocamentos acelerados de valores, nas mais diversas esferas de ação e inserção humanas, reforçam a hipótese defendida por Betto ao dialogar criativamente com De Masi que, atualmente, não se vive uma época de mudança e sim, uma verdadeira mudança de época.

De acordo com o relatório "Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio" do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA (ONU, 2012), o envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI. Esse relato traz como característica única o enfoque na opinião dos próprios idosos, capturadas nas entrevistas. Dentre outros pontos, o relatório indica como as mais urgentes preocupações dos

idosos em todo o mundo, a garantia de renda e a saúde. E, em razão do momento de crise global, torna-se, também, um grande desafio dos governos diante da população de idosos. De acordo com a Organização das Nações Unidas:

a crise econômica global exacerbou a pressão financeira para assegurar tanto a segurança econômica como o acesso ao atendimento à saúde na terceira idade. Os investimentos em sistemas de pensão e aposentadoria são vistos como um dos mais importantes meios para assegurar a independência econômica e reduzir a pobreza na velhice. A sustentabilidade desses sistemas é de particular interesse, particularmente nos países desenvolvidos, enquanto a previdência social e a cobertura das aposentadorias na velhice permanecem como desafio para os países em desenvolvimento, nos quais uma grande proporção da força de trabalho se encontra no setor informal. (ONU, 2012, p.5).

Os idosos em várias partes do mundo, ainda têm a família como principal responsável por seus cuidados e suporte financeiro. Com a velhice, os custos gerados podem ser demasiado altos para as gerações em idade ativa, principalmente em virtude de mudanças sociais como a diminuição do tamanho das famílias. Há, ainda, um número significativo de lares com “intervalo geracional”, constituídos por crianças e idosos, especialmente nas áreas rurais, onde estes prestam assistência a filhos e netos adultos, seja cuidando das crianças, seja nas tarefas domésticas e, muitas vezes, com as contribuições financeiras substanciais para a família.

No relato feito pelas pessoas idosas entrevistadas, foi visto que 43% disseram que tinham medo da violência física; 49% acreditavam serem tratados com respeito; 53% afirmaram ser difícil ou muito difícil pagar por serviços básicos; 44% descreveram seu atual estado de saúde como bom; 34% afirmaram ser difícil ou muito difícil ter acesso ao atendimento em saúde quando necessitavam.

O relatório da UNFPA (ONU, 2012) traz, ainda, como destaque, a incrível produtividade e contribuições dos idosos no papel de cuidadores, eleitores, voluntários, empreendedores ou em outras atividades. Em decorrência da intensão dos gerontos em se manterem como membros ativos e respeitados da sociedade, se os governos assegurarem atendimento à saúde, regularidade nos ganhos, redes sociais e proteção jurídica, existe um dividendo de longevidade a ser colhido em todo o mundo pelas gerações atuais e futuras. O envelhecimento demográfico, sem precedentes históricos, é expresso como herança para o século XXI, trazendo grandes desafios para as políticas públicas. A seguir, abordaremos a fase da vida dos "cabelos brancos".

### 3.1.2 A velhice

A velhice nada mais é do que uma fase natural da vida. É um processo universal. Nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer - não há como fugir desse ciclo. Simone de Beauvoir (1990, p.124) identifica isso muito bem em seu livro *A Velhice*, quando cita: “morrer prematuramente ou envelhecer: não existe outra alternativa”.

Durante nossa vida, o envelhecimento e a fase da velhice fazem parte de nossas experiências de ser vivo. Os idosos são partícipes da nossa vida pessoal, afetiva e intelectual como "personagens" reais e fictícios. Percebe-se que existem várias maneiras de vivenciar o envelhecimento e a velhice, segundo circunstâncias de natureza biológica, psicológica, social, econômica, histórica e cultural. O envelhecimento pode ser visto como um fenômeno fisiológico, de comportamento social ou, ainda, cronológico.

As idades da vida foram descritas na Enciclopédia intitulada *O Grande Proprietário de Todas as Coisas*, uma compilação medieval dos escritos do Império Bizantino, na qual as idades da vida correspondiam aos sete planetas: infância - (dura até aos sete anos); puerilidade - (vai até aos 14 anos); adolescência - (vai até aos 30 ou 35 anos - fase da procriação); juventude - (chega até 45 ou 50 anos - idade da plenitude das forças e da capacidade do indivíduo de ajudar os outros e a si mesmo, segundo Aristóteles); senectude - (estendendo-se até aos 70 anos); velhice e a senilidade. (FARIA, 2006).

O envelhecimento pode ser diferenciado segundo vários conceitos. A idade cronológica é marcada pela data de nascimento da pessoa e nem sempre ela caminha com a idade biológica, pois esta é determinada pela herança genética e pelo ambiente, e diz respeito às mudanças fisiológicas, anatômicas, hormonais e bioquímicas do organismo. A idade social relaciona-se às normas, crenças, estereótipos e eventos sociais que controlam, por meio do critério de idade, o desempenho dos idosos. A idade psicológica é bastante abrangente. Pode ser usada no sentido da relação entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas, como percepção, aprendizagem e memória. Enquanto, em outro sentido, está voltada para o senso subjetivo de idade, depende de como cada pessoa avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas de sua idade (NERI, 2005 citado SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 591).

O envelhecimento faz parte de um dos grandes mistérios da humanidade e estimula a curiosidade dos homens desde tempos imemoriais. Nesses anos, foram surgindo

diversas teorias, tentando explicar o envelhecimento, tais como: Hipócrates (430-380 a.C.) “o Pai da Medicina” acreditava que a doença e a velhice eram manifestações de um desequilíbrio entre as quatro substâncias de que, segundo ele, o organismo humano era composto: sangue, linfa, bÍlis amarela e a bÍlis negra; Aristóteles (384-322 a. C.) acreditava num calor interno, e que a velhice significava o apagar progressivo dessa chama vital. Galeno (130-200 d. C.), médico grego, ao sintetizar os conhecimentos da Medicina grega, afirmou que a velhice era o resultado do enfraquecimento e da redução das funções fisiológicas do idoso.

A velhice foi identificada como doença pelos cientistas durante muito tempo. Surgiram muitas teorias na tentativa de explicar e decifrar os mistérios do envelhecimento. Citamos como exemplo: Teoria do Desgaste (August Weismann /1882); Teoria do Tempo de Vida (Max Rubner/1908); Teoria da Mutação Genética (fim da década de 40); Teoria da Não Compensação Homeostática; Teoria do Acúmulo de ResÍduos; Teoria das Ligações Cruzadas; Teoria da Autoimunidade e a Teoria dos Radicais Livres – Denhan Harman (1956), entre outras (MASCARO, 2004; PAPALETTO, 2006).

Os cientistas acreditam que a herança genética da pessoa determina uma série de situações, de possibilidades, em relação a uma maior ou menor longevidade, também em relação à probabilidade de a pessoa apresentar doenças. A hereditariedade determina a longevidade máxima. Ainda hoje, a ciência não conhece as razões da diferença da máxima extensão de vida de cada espécie. O envelhecimento resulta de muitos fatores, genéticos, aspectos sociais e comportamentais, funcionando juntos. Estão relacionadas entre si circunstâncias de natureza biológica, psicológica, social, econômica, histórica, ambiental e cultural.

Entre os fatores que influenciam o envelhecimento e os mecanismos de envelhecimento, os quais deram origem às teorias do envelhecimento, o que se tem certeza é de que, isoladamente, nenhum deles explica tudo o que hoje se sabe a respeito do processo do envelhecimento. É fato que o envelhecimento é difícil de ser compreendido dada sua complexidade e há, dependendo da abordagem, diversas formas de defini-lo. Assim, para Papaleto Netto (2006, p.10), o envelhecimento é considerado:

Um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo a morte.

O fenômeno do envelhecimento é incapaz de ser mensurado. O homem passa por diversas fases durante o ciclo natural da vida. Durante o desenvolvimento, puberdade e a maturação, existem marcadores físicos e fisiológicos de transição entre elas. Com o envelhecimento, isso não ocorre, vai ocorrendo um declínio normalmente linear em razão do tempo das funções dos diversos órgãos, chegando a 1% por ano a partir dos 30 anos. Existe um consenso entre os especialistas em idosos que o envelhecimento de cada pessoa é uma experiência bastante individualizada e heterogênea (PAPALÉO NETTO, 2006).

O envelhecimento, normalmente descrito como perdas, limitações e insuficiências, é muitas vezes quantificado por via de porcentagem de decréscimo da capacidade de cada órgão, levando uma a imagem negativa da velhice. A quase totalidade dos órgãos, apesar de passarem por variações biológicas com o tempo, nem sempre essas se traduzem em insuficiências.

No processo natural de envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas em órgãos ou sistemas, como, por exemplo: nos pulmões, há uma diminuição de 40% da capacidade respiratória máxima dos 20 aos 80 anos; no coração há também alterações anatômicas e bioquímicas. Consequentemente, também exprime uma redução da reserva funcional, sendo essa muito maior do que o necessário para a vida cotidiana. No sistema nervoso, os centros reguladores localizados no cérebro, no homem, aos 70 anos, têm uma redução de 5% no seu peso e, aos 90 anos, de 20% (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2005). As modificações do cérebro com a idade são, em geral, perfeitamente compatíveis com as atividades intelectuais.

O envelhecimento natural se caracteriza pela manutenção da quase totalidade das funções orgânicas, em condições habituais, com progressiva redução da reserva funcional dos órgãos e aparelhos (cardiovascular, respiratório...) com o avançar da idade. A fase da evolução humana chamada envelhecer não pode ser interpretada como grande falência e as suas baixas como obrigatoriamente uma insuficiência.

O envelhecimento bem-sucedido pode ser uma realidade. Para isso, é preciso entender que a nossa história de vida é condição elementar para uma velhice saudável, uma nutrição adequada, controle da obesidade, equilíbrio entre atividades físicas e intelectuais e cuidados com a saúde desde os primeiros anos de vida. No próximo capítulo, trataremos do crescimento populacional dos idosos e suas implicações na saúde no Brasil.

## 3.2 Saúde do idoso

Após a abordagem do envelhecimento, damos prosseguimento com o fenômeno do “pulular de idosos”, demonstrando os vários fatores que influenciaram o aumento na proporção de idosos na população. Trazemos, também, o – “Brasil: um país de velhos!” – em que é apresentada a rapidez com que está se dando o crescimento da população de idosos no Brasil, sendo esta sua principal característica. Finalizamos o capítulo com os passos da saúde rumo à qualidade da assistência dos idosos.

### 3.2.1 O pulular de idosos

Envelhecer nos dias de hoje não é mais exceção, mas regra. Vários são os fatores conjugados que favorecem o envelhecimento populacional: a diminuição da mortalidade que leva a um aumento da expectativa de vida; a diminuição da fecundidade e a migração.

A redução das taxas de mortalidade, inicialmente, ocorre por queda nos índices de mortes por doenças infecciosas e parasitárias, havendo redução na mortalidade neonatal e infantil, sucedendo com o aumento de jovens na população e, conseqüentemente, alguns deles chegam até idades mais avançadas. Por sua vez, quando as taxas de mortalidade por doenças crônicas e da mortalidade materna caírem, maior contingente de pessoas atingirá os 60 anos, provocando aumento da expectativa de vida dessa população, mas não necessariamente levará ao seu envelhecimento, pois isso dependerá da diminuição da taxa de fecundidade.

A expectativa de vida do início da Era Cristã, até a Idade Média, permaneceu em torno dos 30 anos. Somente após os avanços sociopolítico, culturais e científicos, trazidos pelo Renascimento, a expectativa de vida no Primeiro Mundo foi objeto de um ligeiro aumento e, por volta de 1750, atingiu 35 anos; em torno de 1800, já era 40 anos, iniciando-se o século XX com uma expectativa de vida de 45 anos (PAPALÉO NETTO, 2005).

Os países desenvolvidos, durante a década de 1930, melhoraram o nível de vida e educação das populações, juntamente com urbanização, saneamentos básicos, melhores condições de moradia e trabalho e noções de higiene pessoal. Em virtude disso, a expectativa de vida ao nascer saltou para 60 anos, em média, em virtude, principalmente, da queda importante nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, fato ocorrido antes

das conquistas tecnológicas da Medicina.

O aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento veio ocorrer de forma significativa na década de 1950. Esse fato, porém, não decorre da evolução social e econômica, mas está ligado diretamente ao uso de tecnologias importadas (vacinas, antibióticos...) que levaram à queda acentuada na mortalidade em razão da doença infectocontagiosa, mesmo perante condições subumanas e sem garantir as necessidades básicas, como alimentação e moradia. A queda do número de filhos por mulher em idade fértil tem influência direta sobre o crescimento absoluto e proporcional da população idosa. A queda na natalidade teve vários fatores, dentre eles a urbanização e a industrialização, sendo este o principal determinante da queda de mortalidade da população brasileira (PAPALÉO NETO, 2005).

A migração de grande contingente populacional da zona rural para a zona urbana tem origem nas condições climáticas, como na Região Nordeste, onde temos longos períodos de seca, gerando desemprego rural; na diferença de salário entre trabalhadores rurais e urbanos; e na maior oferta de serviços públicos nas cidades. A migração tem uma importância relativa, mas que pode alterar a distribuição etária de uma dada população a ela submetida, acelerando ou retardando o envelhecimento populacional.

Quando essas pessoas partem para os grandes centros urbanos, ensejam um crescimento populacional desordenado, fazendo com que famílias inteiras busquem se adaptar a espaços residenciais, frequentemente exíguos, causando atritos entre as gerações. Já os idosos que não migraram, além de terem suas famílias desestruturadas, o esperado suporte financeiro na maioria das vezes não virá, tornando suas condições de vida tão precárias quanto antes da migração dos mais jovens. Esse processo enseja o isolamento do velho, somado à pobreza, fruto de uma aposentadoria irrisória e dos problemas de saúde, principalmente nas mulheres, em decorrência a maior longevidade (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 2005). A seguir, discutiremos o envelhecimento populacional no Brasil.

### *3.2.2 Brasil, um país de velhos!*

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, apesar da proporção de idosos ser menor, o envelhecimento populacional ocorre num curtíssimo espaço de tempo. O Brasil já não é mais um país de jovens. O País passou de uma situação de alta mortalidade, mais alta

taxa de nascimentos para uma baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade, que se traduziu numa elevação da expectativa de vida média ao nascer e num aumento, tanto em termos absolutos como proporcionais, de pessoas idosas.

O Brasil, no início do século XX, tinha um coeficiente de mortalidade de 29,1 por mil habitantes; a esperança de vida ao nascer nos homens era de 33,3 anos e nas mulheres de 34,1 anos; o crescimento vegetativo mantinha-se por volta de 2%. O grupo dos idosos representava apenas 2,5% da população. Do ano de 1900 a 1940, houve pequena oscilação das taxas de natalidade e mortalidade e, em geral, a estrutura etária manteve-se estável. A queda rápida da mortalidade iniciou em 1940. Nessa década, a taxa de mortalidade caiu 13% e a esperança de vida ao nascer aumentou 4 e 6,8 anos para os homens e mulheres, respectivamente (CHAIMOWICZ, 1997, 2005). Das décadas de 1940 a 1960, a população aumentou seu ritmo de crescimento anual, em razão, exclusivamente, de um declínio da mortalidade, já que a taxa de fecundidade se manteve constante no período. Isso levou a um ganho de dez anos na esperança de vida ao nascer, de 41,5 anos em 1940, para 51,6 anos em 1960.

Em 1960, com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas, deu-se início ao envelhecimento populacional; o índice de envelhecimento da população era de 6,4. De 1960 a 1970, o ritmo de crescimento da população declinou para 2,8%. Em 1970, a esperança de vida alcançou 53,7%; a taxa de fecundidade era de 5,8 filhos por mulher; os jovens representavam 41,9% da população e os idosos eram 3,1%. Nessa década, houve um declínio da fecundidade paulatinamente nas demais regiões, tanto nas áreas urbanas e rurais como em todas as classes (CHAIMOWICZ, 1997, 2005).

Nos anos 1980, as diferenças regionais podiam ser observadas no formato da pirâmide etária da região Norte, que era similar à do Brasil, em 1940, uma população bastante jovem e com alta taxa de fecundidade. Enquanto isso, o declínio da fecundidade no Brasil já influenciava a pirâmide etária nacional com estreitamento de sua base. De 1980 a 1991 o ritmo de crescimento populacional reduziu-se a níveis de 1,94% em virtude, principalmente, da queda da fecundidade. No ano de 1990, proporções de 78% das mulheres e 65% dos homens alcançavam os 60 anos.

Em 1991, a taxa de fecundidade já havia declinado para 2,7 filhos por mulher; em 21 anos a redução foi superior a 50%. Nesse ano, o índice de envelhecimento já era de 13,9,

ou seja, quando comparado com o índice de 6,4 em 1960, dá um incremento superior a 100% em apenas três décadas.

A principal característica do crescimento da população idosa no Brasil é, sem dúvida, a rapidez com que está se dando, sendo o grupo com 60 anos ou mais o que mais cresce proporcionalmente no Brasil (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2005). Segundo os dados do IBGE (2002), no Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios, a população de velhos no Brasil em 2000 era de 14.536.029 pessoas, atingindo uma proporção de 8,6% da população geral. A queda da taxa de fecundidade ainda é a principal responsável pela redução do número de crianças, mas a longevidade contribui progressivamente para o aumento dos idosos na população.

Consoante a OMS, a projeção estatística de 1950 a 2025 demonstra que a população de idosos do País crescerá 16 vezes contra cinco vezes da população total, o que nos colocará em termos absolutos com a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2002). Ante o contexto do envelhecimento populacional, abordaremos à frente, o caminho percorrido pela saúde, no intuito de assegurar melhor qualidade de vida e saúde para os homens, em especial, os idosos.

### *3.2.3 O caminho da saúde*

O envelhecimento populacional e a elevação na expectativa de vida, quando se mostram no contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, trazem consequências econômicas e sociais consideráveis. Em virtude destas circunstâncias, na falta de amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, proporcionam incapacidades, perda de autonomia e baixa qualidade de vida aos idosos. Isso é evidente, quando se observa que a população idosa consome mais de um quarto dos recursos de internação hospitalar no SUS (LIMA-COSTA et al, 2000). Parte desse problema decorre do sistema de saúde brasileiro que, historicamente, não organizou o atendimento ao idoso, justamente por não considera-lo uma de suas prioridades.

Nessa realidade que nos confronta todos os dias, nos desafios trazidos pela rápida transição demográfica e epidemiológica, operando novas demandas de saúde, deixa evidente a importância de que o conceito de saúde deva estar claro. Para isso, percorremos o caminho histórico dos grandes pensadores, historiadores, médicos, sociólogos, antropólogos...

auxiliando-nos no entendimento de toda a evolução social, política e econômica do homem, até o encaminhamento de políticas públicas sociais e de saúde.

Desde priscas eras, até um passado recente, a saúde era definida como ausência de doença. Essa visão redutora ficou no passado, já que não nos contentamos em configurar saúde e doença apenas como opostos destituídos de qualquer ação do homem. O conceito de saúde avança dentro de uma evolução contínua da ciência, e passa a considerar múltiplos aspectos, adquirindo novos contornos e conexões com outros campos de ação da vida humana.

A ideia de conceituar saúde, desde sempre, despertou o interesse dos pensadores de nossa cultura. Em algum momento de suas obras, os filósofos clássicos abordam questões de saúde. O filósofo grego Aristóteles considerava a saúde qualidade inata do ser humano, sendo um dos bens que cooperam para a produção da felicidade, objetivo maior da vida. O filósofo francês René Descartes e o filósofo prussiano Immanuel Kant foram marcos estruturantes da Epistemologia da Ciência (REALE; ANTISERI, 2009)

Descartes, segundo Almeida Filho (2011, p. 20), veio contestar a visão contemporânea predominante sobre saúde, já que acreditava ser mecanicista, reducionista e dualista. Para isso, defende a ideia de que as sensações das enfermidades (dor, sofrimento) e das necessidades (sede, fome); e de saúde e felicidade, resultam da união e da "confusão" mente-corpo. Além disso, demonstra racionalmente a existência da alma, quando contesta que um mecanismo de ossos, nervos, músculos, veias... possam funcionar em virtude da mera disposição de órgãos e sistemas. Já Kant, citado por Almeida Filho (2011, p. 21), em *O Conflito das Faculdades*, publicado em 1798, levanta dois questionamentos interessantes sobre saúde. O Filósofo postula oposição dialética entre terapêutica (clínica referida a doença) e dietética (preventiva, referida à saúde). Além disso, indica que o sentimento de saúde é uma das faculdades privadas do ser humano.

O cristianismo associou a ideia de que saúde resulta também de virtudes espirituais. A saúde é fato moral resultado de virtudes e do ato disciplinar de vontades, ou seja, mas derivada de comportamentos individuais do que resultante do modo de vida. Na verdade, observamos que a saúde é um fato complexo, uma palavra polissêmica, estando ligada à vida, a um plano dos valores de interpretações de outras áreas, como Filosofia e Teologia. Nesse anseio de buscar argumentos para explicar o que é saúde, recorreremos às ciências humanas, sociais e da saúde.

Na trilha evolutiva de conceitos e interpretações de saúde-doença, deixamos de restringir esse processo a uma dimensão quase que exclusivamente biológica para percorrer outros caminhos, como da dimensão antropológica e social. No início do século passado, segundo Minayo (2006, p. 204), autores como Marcel Mauss e Lévi-Strauss contribuíram muito com a Ciência da Saúde, quando apontavam para o fato de a saúde, a doença e a morte irem além de uma evidência orgânica, natural. O aspecto biológico tem sua importância, porém a vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais se relaciona diretamente com características organizacionais e culturais de cada sociedade. Neste sentido, faz-se necessário estabelecer analogias e valorizar as diversas formas de interpretações do processo saúde-doença.

A perspectiva sociológica na área da saúde, de acordo com Nunes (2006, p. 24), surge no final do século XIX, com Charles McIntire, em um artigo sobre a importância dos fatores sociais na saúde, definindo a Sociologia Médica. A dimensão social na saúde determinou conquistas decorrentes de ação política no campo social e econômico, como saneamento ambiental e ampliação de políticas de proteção social. No Brasil, os precursores das ciências sociais em saúde indicavam importantes informações sobre as práticas populares em Medicina, sendo denominados de folcloristas. Dentre vários autores, destacamos o trabalho do médico Josué de Castro, em 1933 – *Inquérito sobre as condições de vida das classes operárias do Recife*, e a obra do Gilberto Freyre, que trouxe enraizado nos seus trabalhos a discussão biocultural (NUNES, 2006, p. 30).

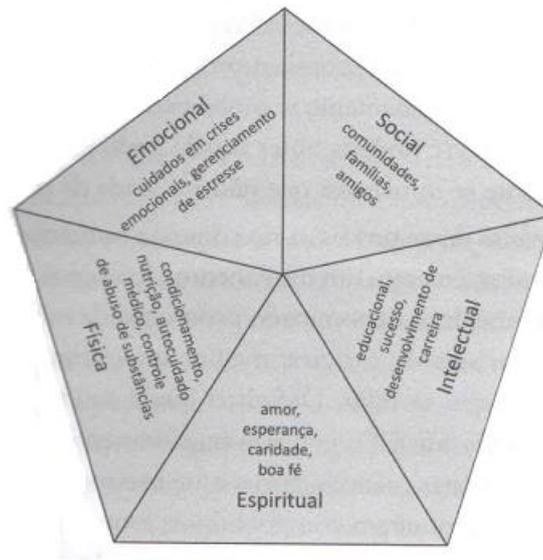
Falar da complexidade da compreensão do que é saúde é, como vimos, mergulhar fundo nas raízes desta Nação, entendendo toda nossa formação social, política e econômica. O ensaísta Gilberto Freyre, em sua obra *Casa Grande & Senzala*, traz características do historiador Wilhelm Dilthey, na busca da compreensão do homem como ser histórico, compreendendo a alteridade e todos os aspectos da vida de um povo. A história em Dilthey é mudança e o que permanece é compreensão, comunicação entre homens diferentes, sendo o homem “experiência vivida” e a verdade, resultando em sua transformação em sujeito ativo do processo histórico. (REIS, 2005, p. 237).

Gilberto Freyre (2006), quando se questiona que não sabia o que era o Brasil, mergulha em uma infinidade de fontes primárias e adentra, sem cerimônia, a vida cotidiana colonial, descrevendo ambientes, modos de existência, hábitos familiares e de saúde, desvendando a mentalidade da época, os valores da formação e do processo histórico brasileiro. Neste contexto, o equilíbrio de antagonismo descrito por Freyre na formação

colonial brasileira legitima características como a flexibilidade, adaptabilidade e a harmonia, formando o que poderia ser chamado de “caráter” nacional. Na descrição do Sociólogo, ele nos aponta que na época colonial existia um equilíbrio de antagonismo também entre a saúde e a doença, a higiene ou sua falta, a Medicina e a saúde. Um exemplo disso é a doença sífilis, que, para Lassance (1845), citado por Freyre (2006), de tão comum, passava por hereditária da forma que o povo não a reputava como um flagelo, nem dela tinha receio.

Na obra de Gilberto Freyre, o tema saúde está em várias passagens, desde o detalhamento dos hábitos de higiene e alimentares, até a descrição de moléstias que afetavam a todos. Na década de 60 do Sec. XX, Gilberto Freyre passou a tratar mais do tema Sociologia da Medicina. O desprezo em relação ao idoso é denunciado pelo autor, que diz resultar da impregnação na cultura nacional dos últimos três séculos. Neste caso, é a lógica da produção, da economia, da relação entre ganho de riqueza e trabalho físico que situa o idoso no papel de inútil. Esse processo histórico “harmonioso”, esta citada confraternização entre vencedores e vencidos, senhor de engenho e escravo, dentro de toda essa dialética do equilíbrio de antagonismo, parece ter sido fundamental para o sucesso da solução brasileira de ajustamento, dentro de um caldeirão de contradições e desajustamentos. Esse caminho histórico carrega repercussões à saúde brasileira contemporânea, seja pela força do papel da família, seja pela influência cultural, de hábitos ou costumes, isto é, pela estruturação e formação do Estado, todos colaborando na formação social brasileira.

Diante dessa dúvida que acompanha a humanidade - o que é saúde? No período pós-guerra, em 1946, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como sendo um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 8). Essa totalidade idealizada pela OMS não indica quem seriam os responsáveis pela produção dessa saúde. No entendimento desse “todo completo”, surgiram várias tentativas de expressar esse conceito, como podemos ver na Figura 1, onde saúde aparece em um pentágono totalizante das virtudes e dos valores humanos.



**Figura 1 - Dimensões da Saúde**

Fonte: Almeida Filho (2000), citado por Almeida Filho (2011, p. 10).

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, apresentou a Atenção Primária à Saúde ao mundo, como estratégia para alcançar a universalização da saúde, chegando a lançar um *slogan* - "Saúde para Todos no Ano 2000". Vários países apostaram nesta ideia, inclusive o Brasil, ao assumir a noção de que saúde é um direito de todos os cidadãos e que é compromisso de cada governo promovê-la como dever fundamental. A Constituição brasileira, promulgada em 1988, traz no seu artigo 196:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos a ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2012, p. 41).

Em razão desse movimento, segundo Almeida Filho (2011, p. 11), a sociedade literalmente bate à porta das instituições acadêmicas e científicas que supostamente deveriam saber o que é, como se mede e como se promove 'essa tal de saúde'. Em busca de respostas, grandes filósofos contemporâneos ganharam destaque, escrevendo sobre saúde, dentre eles: Canguilhem, Heidegger, Gadamer e Foucault. O tema saúde ganhou notoriedade na obra de Georges Canguilhem, que desde sua obra inaugural, publicada em 1943, *O Normal e o Patológico*, vinha indicando que a definição médica de normal provém, em grande medida, da Fisiologia, com base na positividade biológica do conceito doença. Como os métodos da

Ciência Clínica só têm a capacidade de definir variedades ou diferenças, já que a doença não é um fato objetivo, pode-se concluir que os pares de conceitos normal-patológico e saúde-doença não se mostram simétricos ou equivalentes, não se configurando conceitos contrários ou contraditórios (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 22).

Outro pensador, o francês Michel Foucault (2011), citado por Almeida Filho (2011, p. 22, 23), estudou como surgiram os padrões de normalidade na Medicina. Em seus estudos iniciais, definia saúde como capacidade adaptativa. O filósofo alemão Gadamer tinha a ideia de saúde como algo individual, privado, singular e subjetivo, por isso, não se constituía questão filosófica e nunca poderia ser reduzida a objeto da ciência. Almeida Filho (2011, p. 24) identificou um paradoxo em que uma das principais proposições de Gadamer resultaria para o avanço de uma formulação alternativa do objeto científico da saúde, quando defende a noção de que saúde é inapelavelmente totalizante, porque o seu conceito indica diretamente integralidade ou totalidade. Desta forma, abriu caminho para uma abordagem holística do conceito saúde. Canguilhem (1990), porém, se opõe à exclusão da saúde como objeto do campo científico, antecipando uma posição antagônica à de Gadamer (ALMEIDA FILHO, 2011).

De acordo com Paim e Almeida Filho (2000), citado por Almeida Filho (2011, p. 25), ele considera:

que a saúde se realiza no genótipo, na história de vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio, daí o motivo por que a ideia de uma saúde filosófica não contradiz tomar a saúde como objeto científico. Enquanto saúde filosófica compreende a saúde individual, saúde científica será a saúde pública, ou seja, uma salubridade que se constitui em oposição à ideia de morbidade. Com base nesse argumento, a saúde filosófica não incorpora apenas a saúde individual, mas também o seu complemento, reconhecível como uma saúde pública, ou melhor, publicizada (ou melhor ainda, politizada), que no Brasil chamamos saúde coletiva.

Na perspectiva de Almeida Filho (2011, p. 145), não se pode falar de saúde no singular, e sim de várias 'saúdes', na pluralidade devida e na riqueza de perspectiva conceituais e metodológicas, a depender dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados. O sentido da saúde é objeto da disputa em relação a distintos modos de valoração, com raízes nas formações sociais do capitalismo. Se, por um lado, a saúde é tratada como mercadoria (procedimentos, serviços, tecnologias...), por outro, fazendo antagonismo ao modelo liberal da sociedade política, trata-se saúde como valor de vida, sendo manifestada como direitos sociais.

Dentre as proposições atuais sobre saúde, temos as estimativas da 'qualidade de vida relativa à saúde', que não deixa de ser medidas de doenças e seus efeitos, mostrando-se insuficiente para analisar situações concretas de saúde. Informa Almeida Filho (2011, p. 144) que há um movimento consistente no sentido de definir pragmaticamente saúde como vida com saúde, ou seja, anos vividos com funcionalidade produtiva e social; definição esta bem adequada, quando tratamos de saúde da pessoa idosa. Como ensina Moraes (2009), saúde é:

uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças. A maioria dos idosos e portadora de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas a limitação das atividades ou a restrição da participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando os papéis sociais. O foco da saúde esta estritamente relacionado a funcionalidade global do individuo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa e considerada saudável quando e capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças.

O Brasil assumiu a capacidade funcional como um novo paradigma de saúde, quando propõe, na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), que a independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007, p. 10). Trataremos a seguir do caminho percorrido pelas políticas públicas brasileiras, no intuito de assegurar uma atenção à saúde adequada à pessoa idosa.

### **3.3 Políticas públicas**

O envelhecimento populacional é fenômeno universal, sem precedentes na história da humanidade, sendo considerado um indicador da melhoria global. Na atualidade, a população de idosos com 60 anos ou mais, nos cinco continentes, chega a 650 milhões, com uma previsão de atingir os dois bilhões de idosos em 2050. A situação do Brasil faz eco no panorama mundial, já que o número de idosos expressa crescente aumento, atingindo cerca de 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. De acordo com a OMS, as projeções para 2025 indicam que o Brasil terá cerca de 32 milhões de longevos, levando o País a ser a sexta maior população de idosos do mundo (BRASIL, 2010. p. 13).

No Brasil e no mundo, apesar do envelhecimento populacional ser considerado um dos maiores triunfos da humanidade, é também um dos nossos grandes desafios. Estes

desafios são tanto maiores e mais complexos quanto maior for a desigualdade em termos da qualidade de vida e do bem-estar entre vários estratos da população, contribuindo para aumentar a chance de exclusão dos idosos. Para Kalache (1990), citado por Minayo (2011), antagonicamente aos países centrais, onde o aumento da esperança de vida resultou de melhoria considerável das condições de vida das populações, no Brasil, as pessoas estão hoje vivendo por mais tempo sem, necessariamente, dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias.

No início do século XXI, o envelhecimento global é uma preocupação de todas as nações, já que causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No contexto brasileiro, onde o acelerado crescimento da população idosa está associado a importantes desigualdades regionais e sociais, encontramos uma situação de desamparo, tanto do sistema público de saúde, quanto de previdência, o que desencadeia um acúmulo de sequelas das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, além de desenvolver incapacidades, perda de autonomia e qualidade de vida. Com este quadro que nos interpela, nos põe frente a frente com um grande desafio: como garantir uma sobrevivência digna a todos aqueles que tiveram suas vidas prolongadas em anos? É lamentável que o privilégio de “viver mais”, em vez de ser festejado, leve a um constrangimento, já que o enfatizado são as consequências econômicas, sociais e previdenciárias.

Nesta contextura, se quisermos que o envelhecimento humano seja uma experiência exitosa, o passar dos anos deve ser acompanhado de políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, ou seja, que garanta o “envelhecimento ativo”. Esta dicção, adotada pela Organização Mundial de Saúde, busca incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento: “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”. (OMS, 2005, p.13).

Portanto, a busca de soluções adequadas exige a inclusão do envelhecimento da população brasileira como elemento fundamental na elaboração das novas políticas e na agenda de prioridades do Estado. É bem verdade que a população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas. Essas, porém, foram frutos de um passado mais distante. Partimos de um sistema em que a assistência se encontrava associada à contribuição previdenciária, restringindo a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho, onde os chamados “indigentes” tinham acesso restrito à assistência à

saúde por meio das poucas instituições públicas e da filantropia das santas casas. Evoluímos até o momento em que se consolida um sistema de acesso universal que abarca a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania.

Para compreender melhor o presente pela análise da realidade em curso, se faz necessário identificar os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como o idoso é fruto do passado e da sua história, a assistência à saúde também tem origens em todo o contexto político, social e cultural pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

### *3.3.1 A trilha das políticas de saúde no Brasil: contexto histórico*

Historicamente, o período da administração portuguesa no Brasil foi marcado pela ausência de um modelo de atenção à saúde para a população. A atuação do Estado e dos médicos tem como objetivo evitar a morte (MACHADO, 1978 citado em BRASIL, 2011, p.16). Somente com a chegada da Família Real portuguesa ao Brasil, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX. Até 1850, as atividades de saúde pública tinham como foco o controle de navios e a saúde dos portos, visando a assegurar a manutenção da exploração de matérias-primas. Em 1851 foi criada a Junta Central de Higiene Pública.

Com a Proclamação da República, em 1889, surge a necessidade urgente de modernizar a economia e a sociedade. Passou-se a reconhecer que as funções produtivas são as fontes geradoras de riquezas das nações. Nesse panorama a Medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários (BERTOLLI FILHO, 2004 citado em BRASIL, 2007, p. 18). A Constituição de 1891 repassava para os estados a responsabilidade pelas ações de saúde, de saneamento e de educação. Nesse período, a falta de um modelo sanitário para o País expôs as cidades brasileiras às epidemias, o que afetou a economia agroexportadora. Como reação a essa circunstância, foram elaborados planos de combate às enfermidades de forma permanente, tanto na saúde individual, quanto coletiva, revelando a criação de uma “política de saúde”. Durante a Primeira República, um movimento de reforma sanitária aflorou sob o comando da nova geração de médicos higienistas, alcançando bons resultados. Nesse contexto, se deram as bases para o surgimento de um Sistema Nacional de Saúde, que se caracterizava pela concentração e pela verticalização das ações no Governo Central.

Em 1923, as medidas de proteção social, dentre elas a assistência médica, passaram a ter um reconhecimento legal como política pública, com a aprovação da Lei Eloy Chaves. A Lei reportava-se às organizações de Direito privado, concebida para grupos específicos de servidores e organizadas segundo concepções de seguro social, em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, citado por BRASIL, 2007, p. 20).

Na terceira década do século XX, no primeiro governo Vargas, houve mudanças institucionais que moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente (BRASIL, 2007, p. 21). Em relação à previdência social, a política de Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência, criando institutos de aposentadoria e pensões (IAP). Em relação à saúde, a estrutura da saúde pública foi centralizada com uma variedade de programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias. Os “desenvolvimentistas” defendiam a ideia da saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele.

No período militar (1964-1984), o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil tinha como características o predomínio financeiro das instituições previdenciárias e a hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. Em 1966, o governo militar unificou os institutos de aposentadoria e pensões - IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Durante a ditadura militar, houve uma imposição da medicalização da vida, onde o setor de saúde assumiu características capitalistas, incorporando modificações tecnológicas ocorridas no Exterior, levando ao declínio a saúde pública. Para Teixeira citado por Bravo (2001, p.7), foi implantado no País, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado, com ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada. Para o autor, a organização da prática médica se revelava em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil. Neste período, a saúde pública tornou-se máquina ineficiente, cuja atuação se restringia a campanhas de baixa eficácia. A saúde da população estava ameaçada, as pessoas eram submetidas a péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Tudo isso era agravado diante da repressão política que atingiu fortemente o campo da saúde, com exílio, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas.

Nos anos 1970, o retrato do Brasil é de uma população com baixos salários, alto índice de desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da elevada mortalidade infantil. Nessa conjuntura, no ano de 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise. Naquele momento, os movimentos sociais iniciam uma rearticulação. Há a mobilização dos sindicatos (médicos, acadêmicos, cientistas) chamando as pessoas ao debate em seminários, congressos sobre temas como: epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. A união deste grupo com outros movimentos sociais pela transformação do setor saúde tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, citado por BRASIL 2007, p. 26).

Durante a abertura política do regime militar, dá se início ao movimento sanitário (CORDEIRO, 2004, citado em BRASIL, 2007, p. 27), quando foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) voltado ao desenvolvimento econômico e social. Podemos citar como prioridades no campo social: Educação, Saúde e Infraestrutura de Serviços Urbanos. O movimento sanitário tornou-se uma força política constituída com base na articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime, mesmo sob forte pressão do regime autoritário. Gradativamente, o movimento ocupava espaços institucionais, no afã do exercício e da operacionalização das diretrizes transformadoras do sistema de saúde.

Com as pressões sociais e políticas do setor da saúde, no período de 1979-1984, governo do presidente João Figueiredo, foi lançado o Prev-Saúde, que tinha como pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços em cada um dos níveis de complexidade, fossem de origem pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas. A crítica feita a esse plano era que não tocava significativamente na rede hospitalar privada. Para os autores Scorel, Nascimento e Edler (2005), citados em Brasil (2007, p. 29), ao incorporar o ideário do movimento sanitário, o Prev-Saúde permaneceu como paradigma das reformas sanitárias desejadas, jamais atendidas pelo Governo.

Em 1985, com o fim o regime militar, iniciou-se a Nova República. Nos ares desta Nova República, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tendo como presidente Sérgio Arouca (presidente da Fundação Oswaldo Cruz). De acordo com Scorel; Nascimento; Edler (2005), citado em Brasil (2007, p. 30), este é o momento de maior destaque do estabelecimento de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde. Nesta Conferência, foi aprovada a criação de um Sistema Único de

Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional. Toda essa reformulação passava, também, pela ampliação do conceito de saúde, que foi definida como: "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde". (BRASIL, 1987, p. 382).

Em julho de 1987, nascia o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se constituía em uma estratégia-ponte para "a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor". A área da saúde, contando com a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, conseguiu discutir e legitimar uma proposta, considerando o ideário do movimento sanitário, para subsidiar a Constituinte, levando, ainda, um projeto para a nova Lei do SUS. Com tal movimento, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo: "a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população". (CONASS, 2003, p. 24).

A oitava Constituição do Brasil, promulgada em 1988, chamada de "Constituição Cidadã", foi um marco na redefinição das prioridades das políticas do Estado, principalmente na área da saúde pública. Em seu artigo 196, definiu a universalização da cobertura do SUS: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (BRASIL, 2012, p. 116).

Na última década do século XX, no campo econômico, o neoliberalismo se tornou hegemônico e procurou rever o papel do Estado e o seu peso na economia nacional, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista. Em 1993, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto. Nesse mesmo ano, o presidente Fernando Collor de Mello renunciou em decorrência de resultados negativos na política econômica, da falta de apoio de uma base parlamentar e de uma série de escândalos de corrupção, assumindo a Presidência o então vice-presidente, Itamar Franco.

Em seu governo, Itamar Franco, em 1994, implantou o Programa de Saúde da Família - PSF, com o propósito de reestruturar o modelo assistencial brasileiro, organizando o

nível de atenção básica e impulsionando a reorganização dos serviços nos demais níveis. Tinha como função prestar assistência à saúde da pessoa, da família e da comunidade, por meio das equipes de saúde, mediante ações de promoção e proteção à saúde (BRASIL, 1994). A unidade de Saúde da Família passa a ser a porta de entrada para todo o sistema de saúde, reordenando os demais níveis de atenção.

No ano seguinte, em 1995, assume a presidência Fernando Henrique Cardoso - FHC. No seu governo, Fernando Henrique colocou na agenda do Congresso Nacional a reforma previdenciária, administrativa e tributária na busca do chamado “Estado mínimo”. A crise de financiamento do SUS agravou a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. Os hospitais universitários, último reduto da assistência médico-hospitalar de excelência no plano do SUS, também entram em crise. Em 1996, o Governo edita a NOB-SUS 01/96, representando um avanço no modelo da gestão do SUS, principalmente no que se refere a consolidar a municipalização. Após ser reeleito em 1998, no contexto da crise econômica vivida pelo Brasil, o Governo propôs para o povo um ajuste fiscal, com cortes de R\$ 260 milhões, diminuindo verbas para o orçamento, inclusive na área da saúde.

Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito e reeleito presidente do Brasil, ocupando o cargo de 2003 a 2010. Teve como principais marcas a continuidade, com êxito, do Plano Real, a retomada do crescimento do País e a redução da pobreza e da desigualdade social. Esse governo caracterizou-se também pela baixa inflação, que ficou controlada, redução do desemprego e constantes recordes da balança comercial. Na saúde, foi o Presidente Lula que sancionou o Estatuto do Idoso.

Em relação ao tema saúde, o Governo da presidenta Dilma Rousseff é marcado pelo lançamento da Medida Provisória n° 621, de 08 de julho de 2013, instituindo o "Programa Mais Médicos". Os pontos polêmicos do Programa referem-se: ao crescimento de mais de 11 mil vagas para a graduação em Medicina; a ampliação da duração do curso de Medicina de seis para oito anos, com o acréscimo de um novo ciclo de dois anos de trabalho obrigatório no sistema público de saúde, para os admitidos aos cursos a partir de 1° de janeiro de 2015; a permissão para o exercício profissional da Medicina concedida pelos conselhos regionais de Medicina, válida exclusivamente para as atividades do segundo ciclo de formação; e da importação de médicos estrangeiros, sem a adequada avaliação de suas competências pelo exame Revalida. As entidades de classe, universidades, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), dentre outras, manifestaram-se contrárias ao

“Programa Mais Médicos”, pois consideraram uma medida precipitada e autoritária, constituída sem diálogo e entendimento com os profissionais e instituições que seriam diretamente responsáveis pela execução deste programa.

Após esse mergulho na história, observando avanços fruto das lutas por melhores condições de vida e saúde, quando das garantias legais conquistadas pelos idosos, mesmo que na prática, se multipliquem críticas quanto à efetivação das ações da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Daí a necessidade de pesquisas que apontem se há fragilidades na implementação da política, se há pontos fortes; investigações que indiquem as causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos, e, assim, diante dessas informações, realizarem um planejamento adequado que deem aos idosos condições de viver com dignidade.

### *3.3.2 A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*

O caminho para a garantia de uma saúde mais digna para a pessoa idosa no Brasil passa necessariamente pelo processo histórico da reforma sanitária, pelos encaminhamentos apontados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde, pela primeira vez, houve participação popular nas discussões, trazendo à cena um conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação, sendo, posteriormente, contemplado, no texto da Constituição Federal de 1988. Portanto, para a pessoa idosa, o histórico das políticas públicas tem como premissa a garantia do direito universal e integral à saúde assegurado pela “Constituição Cidadã” de 1988 e reiterado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas bases legais, as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2010).

No Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, enquanto, nos países desenvolvidos idoso é aquele que tem 65 anos ou mais (OMS, citado por BRASIL, 2010, p. 19). Em virtude do crescente envelhecimento populacional brasileiro, e respeitando os direitos previstos na Constituição nasceu a Política Nacional do Idoso, em 1994 (BRASIL, 1996). Assegurar direitos sociais à pessoa idosa e oferecer meios para promover a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando ainda o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS, são pontos fundamentais desta política (BRASIL, 2010, p. 19).

Cerca de cinco anos depois, no final do ano, em 1999, o Ministro de Estado da Saúde edita a Portaria Ministerial nº 1.395/99, que estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, determinando que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Outra portaria, a GM/MS nº 702/2002, lançada em 2002, propõe a organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso, tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2002 (BRASIL, 2010, p. 19).

No ano seguinte, em 2003, foi promulgado e sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), considerado grande conquista social no País, já que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. Entre outras coisas, essa Lei assegura a atenção integral à saúde do idoso, em todos os níveis de atenção, por intermédio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010, p. 20).

Um grande passo rumo à consolidação do SUS foi a consolidação do Pacto pela Saúde do Brasil, em 2006 (Portaria/ GM nº 399), que tinha como finalidade a promoção da melhoria na quantidade e qualidade dos serviços ofertados à população e a garantia do acesso de todos a esses serviços. Uma das partes deste compromisso público é o Pacto pela Vida, que visa à melhoria da qualidade e do nível de saúde e de vida de nossa população, configurando-se como o compromisso maior do SUS. Ele estabelece compromissos de atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS, com base na definição de prioridades que resultem em real impacto no nível de vida e saúde da população brasileira (BRASIL, 2006). Do conjunto de seis prioridades para todo o Brasil, são relevantes para o planejamento de saúde para a pessoa idosa: saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. A implementação de diretrizes do Pacto pela Vida foram norteadoras para a reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2007, p.11).

A atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) veio com a Portaria/ GM nº 2.528 em 2006. Este documento traz novo paradigma para a discussão da situação de saúde de todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade, quando afirma que, para elaboração de políticas de saúde para o idoso, é indispensável discutir a condição funcional. A PNSPI também define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica / Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2007, p. 12). Merece destaque, ainda, a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da

Organização das Nações Unidas, em 2002 (BRASIL, 2010, p. 22).

Baseado no contexto dessa política pública, a Área Técnica - Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, desenvolveu ações estratégicas baseadas nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no Pacto pela Vida, de 2006, objetivando promover o envelhecimento ativo e saudável, a realização de ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e de ações intersetoriais de fortalecimento da participação popular e de educação permanente. Estas ações estratégicas do Ministério da Saúde compreendem

- 1 Implantar da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa. Dessa forma, vai possibilitar ao profissional de saúde, planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2010, p.33).
- 2 Disponibilizar o Caderno de Atenção Básica: “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, com a finalidade de oferecer subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2010, p.34).
- 3 Promover Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, para divulgar as especificidades da saúde do idoso e envelhecimento, contribuindo assim para melhor orientação aos profissionais da rede e diminuir as iniquidades sociais, na busca pela integralidade das ações (BRASIL, 2010, p.34).
- 4 Realizar Curso de Gestão em Envelhecimento, com o intuito de qualificar profissionais de nível superior que atuam ou tenham interesse em atuar na direção de serviços e programas de saúde que atendam à população idosa, visando apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2010, p.34).
- 5 Fomentar Oficinas Estaduais de Prevenção da Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas, com objetivo de propor diretrizes a serem aplicadas nos estados e municípios para melhor orientar profissionais e pacientes em relação à osteoporose / quedas, sendo de acordo com a meta de redução do número de internações por fratura de fêmur em pessoas idosas, proposta no Pacto pela Vida (BRASIL, 2010, p.35).

- 6 Desenvolver ações em parceria com outras áreas que foram elencadas no Pacto pela Vida (2006) onde aquela Área Técnica vem acompanhando com interface com outras áreas: Acolhimento; Assistência Farmacêutica; Atenção Domiciliar; Imunização e o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS (BRASIL, 2010, p.37).

No contexto de que a atenção à saúde do idoso deva ocorrer inicialmente na atenção básica, trataremos a seguir da interface dessas duas políticas nacionais.

### *3.3.3 Interfaces da Política do Idoso com a Política Nacional de Atenção Básica*

Desde 1994, com a implantação do Programa da Saúde da Família – PSF, pelo ministro da Saúde Henrique Santillo, no governo de Itamar Franco, idosos de todo o Brasil passaram a ser assistidos na Atenção Básica. Em 2006, o Governo Federal lançou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, referindo que o cuidado à saúde da pessoa idosa terá a Atenção Básica/Saúde da Família como porta de entrada para o Sistema de Saúde. De acordo com as diretrizes desta Portaria (GM nº 2.528), a Atenção Básica deve ter mecanismos de prover melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade da atenção à pessoa idosa (BRASIL, 2010). Essa portaria tenta assegurar o princípio da integralidade, quando aponta que o cuidado à saúde da pessoa idosa terá na rede de serviço especializada de média e alta complexidade sua referência.

No mesmo ano, foi lançada a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2010). A PNAB definiu as principais responsabilidades de cada esfera de governo na Atenção Básica. Cabe à União a responsabilidade de elaborar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica em seu território; aos Estados, a responsabilidade de apoiar técnica e financeiramente a gestão da atenção básica; e, aos municípios, a autonomia para organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, dentro do seu território, com suporte nas diretrizes nacionais e estaduais. O correto entendimento do conceito da Atenção Primária à saúde se dará pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, a integralidade e a orientação familiar

e comunitária. Portanto, 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. (BRASIL, 2012, p. 2).

O contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde é a Atenção Básica. Esta, por sua vez, tem no programa Saúde da Família sua estratégia prioritária de organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Quando a atenção ao idoso ocorre primordialmente na Atenção Básica, como rege a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, possibilita que os profissionais do PSF detectem prematuramente os problemas e possam realizar um trabalho mais preventivo e de promoção da saúde, contrapondo o modelo biotecnicista atualmente em uso.

A Atenção Básica deve ser orientada pelos princípios do SUS: universalidade, acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade da responsabilização, da humanização, da equidade e participação social (BRASIL, 2007, p. 10). O Programa de Saúde da Família, posteriormente tido como Estratégia Saúde da Família, orienta e reorganiza a Atenção Básica e o Sistema de Saúde no Brasil. O PSF trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita, na esperança de uma atenção integral e valorizando as necessidades dos grupos populacionais, inclusive de idosos.

Portanto, parece evidente que, ao se avaliar a atenção à saúde do idoso, se faz necessário à avaliação da atenção prestada pela Atenção Básica à população de longevos. Nesse contexto de políticas públicas, a seguir, passaremos a discorrer sobre avaliação de políticas públicas.

### 3.3.4 Avaliação de políticas públicas

No mundo moderno, avaliação é um tema recorrente, seja na área acadêmica, como financeira e da saúde... O homem vive avaliando tudo o que observa. Isso, porém, não é algo recente, pois a própria história nos mostra que a avaliação norteia todo o viver da humanidade. Ao percorrermos sua trilha histórica, deparamos o homem *habilis*, na pré-história, selecionando armas e ferramentas na luta pela sobrevivência. Na formação da família e nos primeiros grupos sociais, houve algum tipo de avaliação para selecionar lideranças, dividir a força de trabalho. Encontramos formas de avaliações no Velho e Novo Testamentos por meio de citações sobre o verdadeiro e falso, o certo e errado, o belo e o feio, o moral e o amoral. Esse processo de avaliação é rodeado de subjetividades, normas, condutas e códigos criados pelo homem, em um determinado tempo e lugar. Isso tudo nos remete a alguns dilemas antigos: afinal, o que é avaliação? Por que se avalia?

Avaliar vem de “valia”, que, por sua vez, vem de “val(er) + -ia”. “Valer” provém do latim 'valere', «ser forte, vigoroso; fig., potente, ter valor; estabelecer-se, manter-se, reinar; ter por fim, por objetivo; ter uma significação, um sentido (falando de uma palavra); passar bem, estar de saúde» (MACHADO, 2003). Tudo isso nos leva à ideia de "valor". Portanto, avaliar é perceber, reconhecer o valor? Então, a avaliação é formulada com base nas determinações da conduta de atribuir um valor ou qualidade a alguma coisa, que, por si, implica um posicionamento positivo ou negativo em relação ao objeto avaliado. Segundo Ferreira (1995, p. 205), no Dicionário Básico da Língua Portuguesa, a avaliação é um “Ato ou efeito de avaliar (-se). Apreciação, análise. Valor determinado pelos avaliadores”. Avaliar é determinar a valia ou valor de. Apreciar ou estimar o merecimento de. Calcular, estimar, computar. Fazer a apreciação; ajuizar: avaliar as causas, de merecimentos.

A princípio, é relevante distinguir avaliação no seu sentido lato e em seu senso estreito na busca de um conceito. Segundo Holanda (2006, p.79), no sentido lato, avaliar significa calcular, determinar a valia ou merecimento de algo ou alguém. Já para Silva e Silva (2001, p. 48) essa avaliação em sentido lato supõe a emissão de juízo ou julgamento sobre critérios estabelecidos, portanto “trata-se de uma avaliação associada a experiência cotidiana do ser humano, portanto, de caráter privado”. Ainda de acordo com Holanda (2006, p.79), no sentido estrito, avaliar é julgar, aferir ou analisar criticamente o mérito ou utilidade de um

programa social, geralmente custeado com recursos públicos e destinado a solucionar questões na área econômica e social.

De acordo com Ala-Harja e Helgason (2000), não há consenso sobre o que seja avaliação. Encontramos múltiplas definições e, por vezes, discordantes. O universo da avaliação percorre várias disciplinas, instituições, e abrange uma gama de necessidades e clientes distintos. Já para Franco, citado por Holanda (2006, p.80), "avaliar é fixar o valor de alguma coisa; para ser feita requer um procedimento mediante o qual se compara aquilo a ser avaliado com um critério ou padrão determinado". No JNDP (1993, p. 4), citado por Holanda (2006, p. 83), podemos observar o destaque dado para o processo de avaliação, quando o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento cita que avaliação é "o processo que tenta determinar, da forma mais objetiva e sistemática possível, a relevância, eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade de atividades à luz dos seus objetivos".

Quanto ao processo de avaliação, podemos encontrar avaliações: "ex-ante"; "pari passu" ou "ex-post". A avaliação *ex-ante* é um diagnóstico, ou seja, é realizada no início de um programa ou projeto, com a finalidade de dar suporte à decisão de implementá-lo ou não. Portanto, auxilia na alocação dos recursos disponíveis de acordo com os objetivos propostos. A avaliação *pari passu* se confunde em vários aspectos com o acompanhamento ou avaliação de implementação, por possibilitar perceber erros e omissões do projeto, ensejando que sejam corrigidos na perspectiva de seu sucesso. Já a avaliação *ex-post* é a mais desenvolvida metodologicamente e a que tem maior aplicação, podendo ser realizada durante a execução de um programa ou ao seu final, com suas decisões referenciadas nos resultados alcançados. Assim, julga-se se o programa deve continuar ou não. Se a resposta for positiva, pondera se para sua continuidade deve manter a formulação original ou passar por modificações. Se o programa já foi concluído, possibilita visualizar a pertinência de futuras implementações ou não.

De acordo com a Definição Operacional de Avaliação proposta por Holanda (2006, p. 83, 84), podemos destacar alguns elementos dessa definição, onde a avaliação é um procedimento sistemático de levantamento e análise de dados, formalmente estruturado, analisado criticamente com o intuito de formular juízos e chegar a conclusões. Para se alcançar a avaliação desejada, é necessário que esta seja ilustrada com referências ou um sistema de indicadores, entre outros, se subsidiando de informações, antecedentes técnicos e políticos que iniciaram à intervenção considerada. Além disso, é fundamental especificar os objetivos da avaliação, tanto gerais como específicos. Quando buscamos aferir os resultados,

é primordial partir do reconhecimento dos objetivos pelos quais o programa pretende avaliar. Outro segmento importante na avaliação é o monitoramento, já que se trata de um levantamento continuado, regular e sistemático de informações para documentar e avaliar o andamento e o progresso obtido na execução de uma intervenção social tendo como referência principal o seu plano ou projeto original.

A avaliação é um processo sistemático de coleta e análise de dados capaz de indicar se os objetivos são ou estão sendo alcançados, auxiliando uma tomada de decisões. Mediante avaliação, podemos justificar e defender o programa, porém, o questionamento que se faz é: qual a intencionalidade da avaliação de políticas e programas sociais? Devemos refletir tanto sobre a dimensão técnica, quanto sobre a dimensão política (SILVA-SILVA, 2001). Além dessa análise, os programas deverão ser avaliados com base em procedimentos científicos sólidos, reconhecidos, que garantam uma informação qualificada. Por outro lado, autores como Rossi (1999, p. 2), citado por Silva e Silva (2001), já trazem uma dimensão mais social, quando cita que "os programas ou intervenções sociais deverão ser avaliados tendo em vista a melhoria da condição humana".

O que desperta o interesse para se realizar uma avaliação? Poderíamos estar tratando de inquietações pessoais, circunstâncias gerenciais e administrativas ou alguma mudança organizacional. Silva e Silva, em 2001, traz esse questionamento sobre o que leva as pessoas a terem motivação. Por que se esforçar arduamente para produzir informações sobre o programa e políticas sociais? Dentre a exposição de motivos para se realizar uma avaliação de políticas e programas sociais, a autora trata de motivos de ordem moral, de cunho político, de teor instrumental, de perfil técnico e de aspecto econômico. Além disso, a avaliação não deve descartar a conjuntura social e política, na orientação de mudanças no que foi planejado e no norteamento das decisões. Para Silva e Silva (2009, p. 11), as avaliações são deliberadas, sistemáticas e complexas, orientando-se pelo método científico e apresentando um caráter público. Incluem, necessariamente, uma dimensão que é técnico-metodológica e outra política – ambas articuladas.

Na avaliação, o pesquisador precisa estabelecer um equilíbrio entre suas preocupações acadêmicas que demandariam condições ideais para investigação científica e a realidade do processo avaliativo, geralmente desenvolvido num contexto de severas restrições de tempo, recursos humanos e financeiros. Deve-se perceber, contudo, que todas as avaliações de programa constituem análises sistemáticas de aspectos importantes de um programa, de seu valor, de modo a fornecer conclusões confiáveis e utilizáveis. Portanto, não se destina a

resolver ou a substituir juízos subjetivos envolvidos na tomada de decisão, mas permite um certo conhecimento dos resultados de um dado programa, informação que pode ser utilizada para melhorar a concepção de um programa e sua implementação. As avaliações de programa devem ser encaradas como um mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisão, a fim de garantir melhores informações aos governantes, sobre as quais eles possam fundamentar suas decisões e melhor prestar contas sobre as políticas e programas públicos.

Quanto aos benefícios para agentes financiadores e servidores, as avaliações oferecem argumentos para defesas particulares dos agentes envolvidos, que aprendem com o processo, o programa é melhorado com os resultados do aprendizado e o cliente é o grande beneficiário. O entendimento do processo melhora o conhecimento sobre os resultados, evitando surpresas. Em relação às limitações da avaliação de programas e projetos, podemos citar: maior exposição ao julgamento e críticas; divulgação de informações, antes restrita, para um maior número de pessoas; a avaliação não garante mudança e exprime foco nos resultados superficiais.

Para garantir que uma avaliação será bem sucedida são necessários: 1 a análise do mérito do valor, o desenvolvimento de julgamentos no nível individual e da sociedade do mérito e do valor de uma política de programa; 2 o aprimoramento de programas e organizações, o esforço de usar informações para diretamente modificar e aprimorar as operações do programa; 3 supervisão e análise da consistência, medir a extensão na qual o programa segue as leis, as diretrizes, as normas os padrões estabelecidos ou quaisquer outras expectativas formalizadas; e 4 desenvolvimento do conhecimento, indicadores novos e métodos, a descoberta ou teste de teorias gerais, proposição e hipóteses num contexto de políticas e programas.

Dentre as etapas de um planejamento integrado, este constitui um método e um sistema de trabalho, uma abordagem racional para a solução de problemas, um instrumento para a gestão eficiente de recursos escassos. Diante dos objetivos do planejamento temos: configurar o programa ou projeto em termos de natureza e escopo; caracterizar o público-alvo; definir o projeto ou intervenção; especificar esforços organizacionais, requisitos e restrições (HOLANDA, 2006, p. 53). Nas palavras de Cohen e Franco (1993, p.73), encontramos a avaliação como parte de todo o processo:

A avaliação faz parte do processo de planejamento da política social, gerando uma retroalimentação que permite escolher entre diversos projetos de acordo com sua eficácia e eficiência como também analisa os resultados obtidos por esses projetos, criando a possibilidade de retificar as ações e reorientá-las em direção ao fim postulado.

Portanto, para facilitar o planejamento, as avaliações devem partir do estudo detalhado das características de uma política, considerando limitações, como o tempo, o custo e, com uma clara definição dos seus objetivos. De acordo com Ander-Egg (1984, p. 20), citado por Cohen e Franco (1993, p.73), planejar é dar início a uma organização e racionalidade na ação para a consecução de determinadas metas e objetivos. Enquanto isso, a avaliação é uma forma de examinar essa racionalidade, com um olhar mediador no cumprimento dos objetivos, nas metas previamente estabelecidas e na capacidade para alcançá-los.

De acordo com Silva e Silva (2001, p. 117), o processo de *como avaliar* refere-se à decisão sobre o tipo da avaliação, o método, os procedimentos e as técnicas a serem utilizadas no contexto da avaliação. Já para Aja-Harja e Helgason (2000), a avaliação é um meio introduzido recentemente nos processos de reforma do setor público. E aí surgem novas interrogações: quem envolver em um processo avaliativo, como e por quê? O primeiro passo refere-se à identificação das pessoas diretamente ligadas ao programa avaliado, como, por exemplo, funcionários, diretores, gestores, usuários, participantes da comunidade ligados diretamente ao programa, avaliadores e colaboradores externos. Podem participar, também, instituições públicas estatais, componentes representativos dos legislativos, participantes administrativos: órgãos, seu gestores e técnicos e outras instituições, como ONGs, sindicatos, associações, conselhos, mídia (rádios, TVs, jornais, revistas, internet), financiadores do programa, universidades e institutos de pesquisa etc. Sendo assim, observamos que um só procedimento e fonte única de informação não são suficientes para realizar uma avaliação.

Saul (1999) foi citado por Silva e Silva (2009, p. 13), para trabalhar o porquê da avaliação:

tem por base uma metodologia que não se reduz a procedimentos, mas envolve a concepção teórica da própria avaliação e de seu objeto e, como pressuposto, o entendimento de que o método não se separa dos procedimentos e que a avaliação é uma exigência e compromisso do Estado em reação aos cidadãos, devendo visar a produção de novos conhecimentos teórico-metodológicos, com vista a novas práticas de transformação das políticas e à transparência das ações públicas.

Para se adquirir esses novos conhecimentos, temos que ter noção de que a avaliação é um processo caro e demorado, severamente condicionado pelas restrições de todo tipo – tempo, recursos humanos e financeiros, obstáculos operacionais e políticos. A sua execução exige muita competência técnica, tem graves implicações políticas e pode produzir muito conflitos e desentendimentos. Por isso, a decisão de realizá-la não permite ambiguidades nem indefinições. De tal modo, a formulação de um roteiro de um programa de avaliação se faz necessária, já que deve conter todos os aspectos relevantes, incluindo objetivos, metas e atividades a realizar. De acordo com Holanda (2006, p. 205), o intento de um Roteiro do Programa de Avaliação é definir, ordenar e sistematizar todas as condições e meios necessários para a execução eficiente da pesquisa, em termos de tempo e recursos materiais, humanos, financeiros, organizacionais e gerenciais.

Ainda, segundo Holanda (2006, p.89), o plano de trabalho para quem vai executar a avaliação é o momento em que se procura antecipar, de forma sistemática, todas as providências e medidas necessárias para levar a bom termo a tarefa. Enquanto isso, o desenho da pesquisa se refere ao modelo de avaliação de onde deriva a seleção dos métodos, instrumentos e procedimentos para a execução da pesquisa. Observe, no Quadro 1, os elementos que compõem um roteiro do programa de avaliação.

|  |  |
|--|--|
| <b>Tarefas Preliminares</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolve negociações entre os que encomendam a avaliação e a equipe de avaliação;</li> <li>- Resposta preliminar a questões que condicionarão o plano da pesquisa avaliativa;</li> </ul>   |
| <b>Elaboração do Plano de Pesquisa</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulação do marco referencial, cenário ou enquadramento:               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Delimitar o para quê da pesquisa;</li> <li>· Determinação e identificação dos aspectos que serão avaliados, os tipo de avaliação;</li> </ul> </li> <li>- Seleção da estratégia metodológica e dos procedimentos técnicos que serão utilizados na coleta de dados;</li> <li>- Seleção de variáveis e elaboração de indicadores;</li> </ul> |
| <b>Trabalho de Campo</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coleta de dados e informações;</li> </ul>   |
| <b>Elaboração e apresentação de resultados</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração da informação;</li> <li>- Análise e interpretação dos resultados;</li> <li>- Discussão dos resultados. Formulação de conclusões e recomendações;</li> </ul>  |
| <b>Aplicação dos Resultados da Avaliação</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A adoção de decisões;</li> <li>- Aplicação das recomendações.</li> </ul>  |

### **Quadro 1: Elementos que compõem um roteiro do programa de avaliação**

Fonte: HOLANDA, A. N. C. Avaliação de Programas: conceitos básicos sobre a avaliação "ex post" de programas e projetos. Fortaleza, CE: ABC Editora, 2006.

Ao iniciar uma avaliação, faz-se necessário definir explicitamente o que se pretende avaliar e com que propósito, qual o objetivo, já que esta exprime diversas abordagens de acordo com seus objetivos e com o tipo de categorias de análise. Faz-se necessário apontar quais as questões centrais que, de acordo com os objetivos da pesquisa, tratam da: avaliação de processo; resultados, efeitos e impactos; relações e conexões entre processos e resultados, interpretações e explicações sobre a dinâmica dessas relações e conexões e de como podemos identificar fatores de sucesso e fracasso na execução dos programas.

Na avaliação de processo, os resultados dependem efetivamente da forma como os serviços são prestados. Essa avaliação levanta indagações do tipo: na prática, o que está acontecendo? Como se desenvolvem as atividades e operações do programa? De que forma os serviços estão sendo prestados? São adequados? Enquanto isso, na avaliação de resultados e impactos, se pretende aferir em que medida estão sendo alcançados os objetivos do programa, observando mudança, melhora social dos seus beneficiários, seja das condições de saúde, educação, bem-estar, nível de renda, acesso a serviços públicos ou tipo de comportamento. Os questionamentos levantados abordam: os objetivos estão sendo alcançados? Em que medida? Por quê? Por que não? Ainda sobre a elaboração do plano de pesquisa, a teoria do programa trata de questões sobre relações e conexões e de explicações e interpretações. São um conjunto de hipóteses logicamente articuladas que explicam como e por que podemos esperar que a intervenção resolverá determinado problema.

No plano de pesquisa, devemos ter critérios de avaliação, selecionando e estabelecendo prioridades. Esses critérios abordam desde os objetivos da avaliação; se há ou não interesse dos patrocinadores; teorias e hipóteses do programa; custos e benefícios esperados; fatores que podem afetar os custos, ou os benefícios e a eficiência do programa; se o estudo vai aumentar o conhecimento sobre o funcionamento e a eficiência do programa; se pode ajudar a eliminar os hiatos de conhecimento ainda existentes. Portanto, para investigar as questões basilares do estudo, é necessário precisar o foco da pesquisa, exprimindo, interpretando os questionamentos em um elenco de perguntas específicas e apontando a melhor forma de obter as respostas desejadas. Trata-se, então, dos procedimentos da pesquisa. Nesse momento, abordaremos: quais grupos serão estudados; os critérios de avaliação; as formas de medição; as informações a serem coletadas; quais métodos e instrumentos de coletas devem ser utilizados; os padrões de análise a serem postos em prática; a apresentação dos resultados.

Um passo importante do plano de pesquisa é o momento da seleção da metodologia, que aborda claramente como, quando e por quem será feita a coleta de informações. A metodologia além de colaborar com a explicação dos produtos da investigação científica, deve explicar principalmente o seu processo (BRUYNE, 1991 p. 29). Utilizando esses componentes, o avaliador deverá desenvolver e usar o roteiro do programa de avaliação desde o momento em que define suas funções e mandato, elabora o escopo do trabalho, definir os recursos humanos, orçamento de custos, cronograma, preparação de relatório e disseminação (HOLANDA, 2006).

Em relação às funções do avaliador, é preciso estar claro o que se espera do avaliador, quais as suas responsabilidades, qual a amplitude de ação ou qual o nível de restrições no exercício de sua função. Não se deve esquecer de que a intenção é obter uma avaliação mais independente, dando total liberdade para o pesquisador realizar seu trabalho. Outro ponto a ser discutido é o plano de trabalho, discriminando tarefas e atividades a serem cumpridas; as unidades de trabalho necessárias; além de requisitos de instalações, equipamentos, material de escritório, serviços de comunicações etc. É necessário trabalhar com um plano de recursos humanos, identificando número e as qualificações das pessoas necessárias para coordenação técnica, gerência operacional, pesquisas no escritório central e buscas de campo, como também da forma e requisitos da seleção, a necessidade de treinamento e a maneira e o tempo de trabalhos necessários. Nunca se deve esquecer de interpretar financeiramente todas as informações do Plano Logístico, como também elaborar um cronograma do projeto, estimando e projetando ao longo do tempo, tanto as atividades previstas como os gastos.

Ainda sobre o plano de pesquisa, após estar com os resultados, se faz necessária a sua apresentação, que pode ser feita na forma de um ou mais relatórios. No relatório final, organizam-se sistematicamente, de forma sintética, os produtos e resultados da pesquisa. Estruturalmente, um relatório de pesquisa deve conter: apresentação dos antecedentes do projeto; análise e avaliação; um capítulo final contendo as conclusões e recomendações, além de um conjunto de anexos, contendo documentos e informações relevantes, complementares ao estudo. Por fim, a disseminação é um requisito elementar para que os subsídios obtidos com o estudo possam ser levados ao conhecimento daqueles que podem deles fazer bom uso. É importante que os resultados sejam mostrados em seminários, fóruns técnicos, sejam nacionais ou setoriais, de natureza profissional ou acadêmica, utilizado-se de técnicas de comunicação e auxílios audiovisuais, para que a informação seja transmitida do modo mais

claro possível, para que seus resultados sejam utilizados na tomada de decisões. Sobre isso, Ala-Harja e Helgason (2000, p. 47) discorrem:

considerações pragmáticas e epistemológicas precisam ser conciliadas na avaliação. É essencial que haja um encontro entre a capacidade de bem avaliar e a disposição de utilizar os resultados. Só assim se poderá lograr que as avaliações de programas tenham impacto sobre a tomada de decisões.

Um dos grandes dilemas do avaliador refere-se ao tipo de abordagem na avaliação, já que, no campo de avaliação, estamos diante de uma gama de concepções teóricas sobre esse assunto, como: a abordagem neoclássica, positivista, fenomenológica, hermenêutica e marxista. Em um processo avaliativo, no entanto, o programa e a proposta de investigação avaliativa é que determina a escolha da abordagem e dos procedimentos de análise.

De acordo com Ruiz (1995, p. 131), método é “o conjunto de etapas e processos a serem vencidos ordenadamente na investigação dos fatos ou na procura da verdade”. Já Lakatos e Marconi (1995; 2005), “propõem que os métodos sejam subdivididos em métodos de abordagem e métodos de procedimentos”.

Os métodos de abordagem sugeridos por Lakatos e Marconi (1995; 2005) são: a) dedutivo – parte de teorias e leis mais gerais para a ocorrência de fenômenos particulares; b) indutivo – o estudo ou abordagem dos fenômenos caminha para planos cada vez mais abrangentes, indo das constatações mais particulares às leis e teorias mais gerais; c) hipotético-dedutivo – que se inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual se formula hipóteses e, pelo processo dedutivo, testasse a ocorrência de fenômenos abordados pela hipótese; d) dialético – que penetra o mundo dos fenômenos por via de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade.

Em relação aos métodos de procedimento, os autores sugerem – a) histórico: parte do princípio de que as atuais formas de vida e de agir na vida social, as instituições e os costumes têm origem no passado, por isso é importante pesquisar suas raízes para compreender sua natureza e função; b) monográfico: é um estudo sobre um tema específico ou particular de suficiente valor representativo e que obedece à rigorosos procedimentos metodológicos. Investiga determinado assunto não só em profundidade, mas em todos os seus ângulos e aspectos, dependendo dos fins a que se destina; c) comparativo: consiste em investigar coisas ou fatos e explicá-los segundo suas semelhanças e diferenças. Geralmente o

método comparativo aborda duas séries de natureza análoga tomadas de meios sociais ou de outra área do saber, a fim de detectar o que é comum a ambos; d) etnográfico: estudo e descrição de um povo, sua língua, raça, religião, cultura...; e) estatístico: método que implica números, percentuais, análises estatísticas, probabilidades. É quase sempre associado à pesquisa quantitativa. O método estatístico se relaciona com dois termos principais: população e universo.

Ainda de acordo com Lakatos e Marconi (1999), tanto métodos quanto técnicas de pesquisa devem se adequar ao problema a ser estudado, às hipóteses levantadas, ao tipo de informantes com que se vai entrar em contato. Dependerão do objeto da pesquisa, dos recursos financeiros, da equipe humana e de outros elementos da investigação.

A pesquisa avaliativa conta com uma diversidade de tipos de avaliação, definidos com suporte em critérios, o que permite visualizar a complexidade desse campo de estudo (SILVA-SILVA, 2006). Para realizar essa avaliação de políticas e programas sociais, se faz necessária a utilização de uma tipologia específica, seja em função do momento de realização da avaliação: *ex-ante*, durante e *ex-post*; ou em função de quem realiza a avaliação: externa, interna, mista, autoavaliação, avaliação participativa; ou ainda em função do destinatário da avaliação: dirigentes superiores, administradores, técnicos e para os usuários; ou, por fim, em função do objeto da avaliação: monitoramento, avaliação política da política; avaliação de processo e avaliação de resultados e impactos.

Quando se trata de avaliar em função do momento da realização e dos objetivos, os autores Cohen e Franco (1993) propõem a avaliação “*ex-ante*” e a avaliação “*ex-post*”. A primeira é aplicada ao se iniciar a elaboração do programa, tendo em vista antecipar aspectos a serem considerados no processo decisório para permitir a elaboração de critérios racionais para a tomada de decisão. A segunda é aplicada durante ou após a execução do projeto, buscando obter elementos para fundamentar decisões qualitativas e quantitativas. Temos, portanto, a avaliação de processo ou concomitante - durante, e a avaliação terminal - depois, que é a avaliação de impacto.

Outros autores já consideram avaliação antes ou “*ex-ante*”, uma avaliação inicial, com a intenção de verificar pertinência, viabilidade, coerência, rentabilidade econômica e eficácia potencial de um programa; temos a avaliação realizada durante a execução, também denominada de gestão, contínua, concorrente, monitoração ou concomitante, cuja finalidade é levantar informações sobre o andamento do programa, ponderando resultados, com o objetivo

de avaliar mudanças situacionais, verificar o cumprimento do programa conforme o que foi estabelecido inicialmente e subsidiar possíveis alterações, e a avaliação depois, ou “ex-post” por se realizar somente quando o projeto já alcançou pleno desenvolvimento, após meses ou anos de sua finalização (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Quando se trata de avaliar de acordo com os critérios do tempo de sua realização, de acordo com Browne e Wildavsky (1984), citado por Silva-Silva (2001, p. 55), temos a avaliação retrospectiva, prospectiva, formativa, contínua e integrativa. A retrospectiva revela o desempenho de um programa implementado no passado. A segunda é prospectiva e aponta qual o provável desempenho de um programa no futuro. No caso da avaliação formativa, ela é desenvolvida durante o processo de implementação do programa. A avaliação contínua envolve duas avaliações, a formativa e a retrospectiva, enquanto a avaliação contínua envolve avaliação formativa e retrospectiva. Quando a avaliação ocorre antes e depois da implementação do programa, temos a avaliação integrativa.

Quando a avaliação é realizada em função de quem a realiza, temos a avaliação externa, cumprida por pessoas que não integram o quadro da instituição; a avaliação interna, posta em prática dentro da instituição gestora do programa; a avaliação mista, que associa avaliação externa com a interna; e a avaliação participativa, concebida para minimizar a distância entre avaliadores e beneficiários (COHEN; FRANCO, 1993).

No caso da avaliação ser pensada em conformidade com a procedência dos avaliadores, temos: avaliação interna, realizada por pessoas que pertencem à instituição promotora ou gestora do programa; avaliação externa, cumprida por avaliadores que não pertencem ou não são vinculados direta ou indiretamente à instituição executora do programa; e a avaliação mista, é uma associação da avaliação interna, externa e autoavaliação, praticada por pessoas envolvidas diretamente na execução do programa (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Quando se trata do dimensionamento dos programas, temos a avaliação de grandes programas e a avaliação de pequenos programas, encontrando diferenciação em relação ao número de pessoas envolvidas e o montante de recursos. No que se refere aos destinatários, temos três tipos: dirigentes superiores/administradores; técnicos que executam o programa e os usuários do programa (COHEN; FRANCO, 1993). Ainda sobre os critérios dos destinatários da avaliação, eles podem centralizar em um foco ou se expor como uma

avaliação de múltipla perspectiva, que varia seu foco conforme o usuário dos resultados da avaliação, os quais são diversificados e numerosos (BROWNE; WILDAVSKY, 1984).

A avaliação de políticas e programas sociais podem ser classificadas ainda por dois critérios: quanto às funções que a avaliação deve cumprir ou quanto ao objeto de avaliação. Quanto as funções, temos: a avaliação somativa e a avaliação formativa, que, de acordo com os autores, são avaliações complementares. Quanto ao objeto da avaliação, temos: avaliação de necessidades; avaliação de resultados; avaliação de eficácia; avaliação de custos; avaliação substantiva; e a avaliação de avaliabilidade. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Quando definimos como critério o conteúdo ou objeto da avaliação, essa pode ser classificada nos seguintes tipos: pseudoavaliação; quase-avaliação; avaliação centrada nos objetivos; avaliação compreensiva; avaliação inferencial; avaliação livre; avaliação multiobjetivo; avaliação verdadeira; avaliação por decisão teórica e meta-avaliação. Segundo Browne e Wildavsk (1984), citado por Silva-Silva (2001, p. 62), quando se intenta classificar as avaliações conforme seu mérito, razões ou justificativas da própria avaliação, temos os seguintes tipos: avaliação centrada na utilização; avaliação interativa; avaliação exploratória e avaliação de aprendizagem.

Na avaliação, categorias refere-se às diversas etapas do processo de planejamento e do ciclo dos projetos, enquanto níveis ou abordagens são formas de caracterizar e promover a avaliação. Como leciona Holanda (2006), são categorias de avaliação: avaliação das necessidades; avaliação da teoria do programa; pré-avaliação; avaliação de processo; avaliação de implementação; avaliação de resultados e avaliação de eficiência. Enquanto isso, as de abordagens são: avaliação formativa; avaliação aditiva ou agregativa; autoavaliação; avaliação interna e avaliação externa.

Independentemente das classificações, ou dos tipos de abordagem, toda avaliação produz dados. Esses dados são observações documentadas ou resultados da medição. A disponibilidade dos dados oferece oportunidades para a obtenção de informações. Os indicadores podem ser obtidos pela percepção através dos sentidos ou pela execução de um processo de medição. De acordo com Maintz (1975), citado por Cohen e Franco (1993), os dados podem ser entendidos com a variedade de caracteres observados nas dimensões de atributos das unidades pesquisadas que não representam nada mais do que um determinado valor de uma variável.

Apesar dos dados serem informações, estes só se tornarão relevantes quando os avaliadores definirem que informações deverão ser estabelecidas como dados. Os dados podem ser primários ou secundários. Os primeiros são informações coletadas ou pesquisadas pelo avaliador, enquanto os secundários se referem a informações de registros estatísticos, sistemas de informação etc. Os sistemas que dão validade aos dados são denominados de fontes.

A distinção entre a avaliação quantitativa e a avaliação qualitativa é o grande divisor dos processos formais de avaliação. No que se refere à coleta de dados, de acordo com Holanda (2006), estes também podem ser: quantitativos ou qualitativos. Quando se trabalha com variáveis, utilizando métodos estatísticos para apontar relações de causa e efeito que possam ser convenientemente expressas em equações, tabelas e gráficos, estamos diante de dados quantitativos. Por outro lado, ao se utilizar principalmente de observações e entrevistas que deverão ser mostrados nos relatórios mais discursivos ou sob a forma de narrativa, torna-se a pesquisa indutiva e exploratória, útil para a análise de fenômenos complexos, modernos e dinâmicos, exigindo um exame sob múltiplas perspectivas e dimensões. Estamos, então, perante dados qualitativos.

Se avaliarmos os dados em relação aos seus níveis, é possível deparar dados nominais; ordinais; com intervalos e expressos na forma de razão. Os termos básicos que os avaliadores precisarão saber referem-se à utilização e à importância dos números, indicadores e variáveis. Os números deverão ser usados como forma de representar e resumir uma informação e estão diretamente ligados à qualidade da informação. No que se refere a indicadores e variáveis, o primeiro diz respeito a uma medida quantitativa que operacionaliza os conceitos abstratos utilizados na análise e julgamento do mérito e do desempenho dos programas; e o segundo, por sua vez, está relacionado aos insumos mensuráveis que, articulados por meio de relações funcionais, podem levar a conclusões e resultados mais concretos (HOLANDA, 2006).

Os dados devem ser analisados. Para isso, se faz necessário um estudo científico e este precisa explicar o que as evidências dizem sobre determinado fenômeno. Portanto, não basta somente apresentar e descrever os resultados por intermédio dos indicadores, gráficos e tabelas. A análise dos dados consiste em trabalhar o material coletado, buscando tendências, padrões, relações e inferências. A busca de abstrações existe em todas as etapas da pesquisa, mas é mais sistemática após o encerramento da coleta de dados. Segundo Aguilar e Ander-Egg (1994), a análise de dados requer a formulação de juízos baseados numa análise

cuidadosa e num estudo crítico de situações específicas, com o fim de tecer conclusões bem fundadas e de fazer propostas úteis de ação futura.

Após a análise dos dados, é fundamental a formulação de um relatório final. Pelo que já discorremos, resta claro que um bom relatório depende de uma boa tomada de dados. Para isso, o processo de organização durante a coleta, desde a anotação de todas as informações relevantes de uma forma inteligível posteriormente, tomando nota da descrição da experiência efetuada, é mais do que justificável. É importante fundamentar o procedimento escolhido, apresentar e discutir os dados medidos, e, no final, tirar conclusões. Não é necessário incluir todas as análises ou transformações dos dados explicitamente no relatório, que deve ser uma apresentação polida e lúcida, em apoio às conclusões. Em relação ao relatório final, se faz necessário que antes da entrega dos resultados da pesquisa aos destinatários, é preciso submeter à discussão referente às conclusões que foram formuladas. Os autores Aguillar e Ander-Egg (1994, p. 129) referem que "o desejável é que todas as pessoas que, devido a seu trabalho, estão afetadas pelos resultados da avaliação, tenham a oportunidade de manifestar sua opinião acerca das primeiras conclusões".

Em relação ao relatório final, outro ponto pertinente é a necessidade dos avaliadores se deterem à linguagem clara, simples, concreta, precisa e compreensível na elaboração do relatório final, já que o relatório é destinado aos responsáveis diretos do programa, por isso, é conveniente iniciá-lo pelas conclusões e recomendações, seguido dos resultados.

Diante do que acompanhamos no processo de avaliação, podemos observar que o uso adequado dos instrumentos de análise e avaliação é fundamental, uma vez que não existe possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise possa ser neutra. Dessa forma, podemos evitar que não se confunda opção pessoal com resultados de avaliação (ARRETCHE; BRANT, 2007, p.30). A avaliação deve trazer a apreensão de que é produto do conhecimento e, como tal, deve ser coerente na sua utilização para realmente buscar transformações e qualidade na implantação e implementação das políticas públicas.

A análise de políticas e programas sociais é um campo de estudo em expansão. Desta forma, é importante contextualizar historicamente como surgiu a avaliação dos programas e políticas sociais, a fim de compreender o porquê desse surgimento com vistas a termos clareza para avaliar na atualidade com uma visão de totalidade e para percebemos dialeticamente as contradições.

A avaliação de políticas públicas é um campo de estudo da pesquisa social ainda em desenvolvimento. Segundo Silva e Silva (2001), a difusão da avaliação de políticas e programas sociais se deu nos Estados Unidos desde os anos de 1960. Após um declínio nas duas décadas seguintes, é na década de 90 que ressurge, com um foco na abordagem compreensiva que se propõe a articular métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa.

A discussão sobre avaliação das políticas públicas no Brasil se fortalece no final dos anos 1980 e início dos 1990 e, segundo Rodrigues (2008), assume papel de destaque nas administrações públicas da América Latina, no contexto da reforma do Estado, direcionada a uma agenda neoliberal. Esse momento coincide historicamente, no Brasil, com o fim da ditadura e o início do processo de redemocratização do País, dando início a um avanço na formação de uma sociedade democrática e que determina alterações profundas nas formas de relação do aparelho de Estado com o cidadão. A reforma e modernização do Estado abrem caminho para integrar o cidadão ao processo de definição, implementação e avaliação da ação pública.

Nesse sentido, os programas devem ser avaliados para justificar e defender o próprio programa e também preparar captação de recursos para continuidade do projeto, pois a melhor distribuição dos recursos e melhor uso dos fundos disponíveis são meios mais eficientes e eficazes de se alcançar resultados.

De acordo com Aguilar e Ander-Egg, citados por Silva e Silva (2001, p. 49), pode-se conceituar avaliação

como uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou de guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento.

No campo profissional, as avaliações são sistemáticas e complexas, dirigidas pelo método científico e são de caráter público, “trata-se da pesquisa avaliativa, de caráter aplicado, que se utiliza de métodos e técnicas da pesquisa social”. (SILVA-SILVA, 2001, p.48).

Ao percorrermos a trilha da “avaliação”, discorrendo sobre conceitos, abordagens, tipos e processos..., percorremos também, de certa forma, o método. Reafirmamos, assim, a intencionalidade da avaliação, baseada na nossa história de vida, em inquietações pessoais e profissionais, de ordem moral, técnica, política, social e econômica, chegando até o objetivo do estudo: a avaliação da atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica. Nesse percurso, essa intencionalidade passou a ser embasada por informações, referências, antecedentes técnicos e políticos que propiciaram a Política de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa no Brasil. Reavaliemos as limitações no curso da pesquisa, envolvendo tempo e custo, e procuramos envolver os agentes diretamente envolvidos: os idosos e os profissionais de saúde. Ao longo desse caminho, pretendemos realizar uma avaliação externa, “ex-post”, de processo, sem perder de vista os resultados. Para isso, analisaremos os dados pelo método da Hermenêutica da Profundidade, de Thompson, nos propondo realizar uma avaliação extensa, detalhada e multidimensional, utilizando variados tipos de dados e informações. A seguir, abordaremos a metodologia utilizada nesta pesquisa.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para Minayo (1993), o conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o *leitmotiv* para se formular esta articulação. Para Lenin (1965) citado por Minayo (1993, p. 240), o método tem, pois, uma função fundamental: além do seu papel instrumental, é a “própria alma do conteúdo”, além de significar o próprio “caminho do pensamento”. (HABERMAS, 1987 citado por MINAYO, 1993, p. 240).

### 4.1 Tipo de estudo

Este estudo é descritivo, tendo enfoque quantitativo e qualitativo. O estudo descritivo tem como finalidade a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, tendo como uma de suas características mais significativa a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Dentre as pesquisas descritivas se destacam:

aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. (GIL, 2008, p.28).

A abordagem com enfoque quantitativo e qualitativo, do ponto de vista metodológico, como leciona Minayo (1993, p. 247), não se contradizem, nem dão continuidade, ambas são de naturezas diferentes. Essas abordagens, apesar de necessárias, em muitas circunstâncias são insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Desta forma, de acordo com Minayo (1993, p. 240), elas "podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade". Segundo a autora, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos”, e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode ensejar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

No campo da saúde, o debate entre os métodos qualitativo e quantitativo pode acrescentar nas discussões "vários pontos de vista" sobre um objeto, visando ao "bem", além do avanço científico. Como raciocina Leitão (1993, p. 258), "é possível haver um sentido ético nesta associação e neste debate franco, cujo fim último deveria ser a busca de melhorias de vida dos seres humanos". Ante a complexidade que é avaliar uma política pública, optamos por combinar um estudo quantitativo ao qualitativo, já que agrega vantagens, pois, além de pesquisar quantas vezes acontecem os fenômenos, ao mesmo tempo, analisa por quê o fato ocorre (BAUER; GASKELL, 2002; GUIMARÃES, 2003; TURATO, 2003; MINAYO & COIMBRA JÚNIOR, 2011).

Em relação aos dados, estes foram analisados por meio do método Hermenêutica da Profundidade – HP, preconizado por Thompson (1995), que utiliza três fases: análise sócio-histórica; análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação. Na análise sócio-histórica, foi utilizada uma abordagem quantitativa, onde, além da observação de campo, houve aplicação de questionários com os idosos da Comunidade do Dendê e profissionais de saúde do Centro de Saúde da Família – CSF Mattos Dourado. Na análise formal, a abordagem utilizada foi a qualitativa, realizando entrevistas em profundidade com alguns idosos participantes do estudo, além de um grupo focal com agentes comunitários de saúde (ACS). E a última fase foi a interpretação e reinterpretção, que pode, por meio da análise e da reanálise dos dados, sugerir meios de atuação para facilitar que as ações estratégicas promovam a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.

#### **4.2 Local da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido em dois locais: Comunidade do Dendê (idosos) e no Centro de Saúde da Família (CSF) Mattos Dourado (idosos e profissionais de saúde), localizado no Bairro Edson Queiroz, em Fortaleza-Ceará, conforme pode ser visto nas figuras 2 e 4 (anexo A e C). A Capital cearense é um município brasileiro de 313,8 km<sup>2</sup> de área, e foi dividida em seis secretarias executivas regionais, podendo ser visto nas Figuras 3 e 4 (anexo B e C). Para evitar equívocos, é importante saber que existem a Comunidade do Dendê, inserida no bairro Edson Queiroz, na Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), a qual será abordada neste trabalho; e o bairro Dendê (ver figura 5 – anexo D), que faz parte da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) de Fortaleza, que abrange 19 bairros (UECE, 2011).

De acordo com o Censo 2010, Fortaleza é uma das cidades mais populosas do País, possuindo adicionalmente a maior densidade demográfica (7.786,52) dentre as capitais do Brasil. Em 2010, possuía a 5ª maior população residente entre as capitais, com 2.452.185 habitantes (IPECE, 2012, p.17). Em relação aos grupos etários, o do idoso foi o que percentualmente mais aumentou sua participação nos últimos dez anos. Esse envelhecimento populacional evidencia-se nas últimas décadas, tendo como um dos aspectos observados nessas transformações demográficas, a queda nas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida (IPECE, 2012). O crescimento populacional de Fortaleza traz o traço mais marcante da sociedade brasileira, que é a desigualdade, caracterizada por contrastes sociais alarmantes – de um lado, pessoas abastadas, com bom nível educacional, morando em casas ou apartamentos de luxo; do outro, pessoas vivendo em favelas, a maior parte a fracas expensas da economia informal, ou sobrevivendo de salário-mínimo.

É neste lado carente e discriminado que está situada a realidade da pesquisa: a Comunidade do Dendê, no bairro Edson Queiroz. Sua localização privilegiada é um exemplo de uma metrópole que nos bairros comporta internamente desigualdades sociais, contrastes e tensões, onde ricos e pobres moram na mesma unidade censitária. Essa desigualdade é percebida também dentro do Dendê, onde há áreas mais favorecidas e outras por demais carentes, como na baixada, uma área de mangue. O Dendê é limitado ao norte pela região de mangue do rio Cocó, ao sul pela área da Fazenda Colosso, ao leste pela Cidade Ecológica e ao oeste pela Avenida Hill Moraes. Esta Comunidade margeia o rio Cocó, caracterizando-se como um assentamento subnormal.

Em relação ao bairro Edson Queiroz, o Censo Populacional 2000, segundo Cidrack (2003), registrou uma população de 20.291 pessoas, sendo 1.146 idosos. No Censo 2010, o bairro Edson Queiroz exibiu uma população de 22.210 habitantes, sendo 1.640 longevos (IBGE, 2010). A Comunidade do Dendê, pertencente a esse bairro, no período de novembro de 1996 a janeiro de 1998, foi avaliada em um inquérito epidemiológico, onde foram visitadas 1.935 famílias, com uma população estimada de 9.500 habitantes (PORDEUS et al, 1999). Segundo Moura et al (2010), a população cadastrada do Dendê era de cerca de 11 mil habitantes, correspondendo, portanto, a quase a metade da população do bairro Edson Queiroz. Segundo esse estudo, dez anos após o ensaio de Pordeus et al, observou-se um crescimento residencial de 44,79% e populacional de 17,82%, crescimento superior à média municipal, que, na última década, foi estimada em 1,2%. A situação geográfica privilegiada

do Dendê parece pressionar o aumento populacional na área, principalmente pelas facilidades de empregabilidade.

No Quadro 2, há trechos dos versos do poeta Antônio José, contando um pouco da difícil história de formação dessa comunidade.

|   |  |
|---|--|
| <p>I</p> <p>... EM MEADOS DE 70<br/>JÁ EXISTIA MORADOR,<br/>MAS FOI EM 72<br/>QUE MUITA GENTE CHEGOU<br/>ENTÃO DA NOITE PRO DIA<br/>O GRANDE SÍTIO ÁGUA FRIA<br/>NUMA FAVELA VIROU,</p>   | <p>III</p> <p>ESSAS FAMÍLIAS CARENTES<br/>SEM TER ONDE MORAR<br/>DOS BAIRROS ERAM DESPEJADAS<br/>E JOGADAS À DEUS DARÁ.<br/>COMO ÚLTIMA OPÇÃO<br/>SEM A MÍNIMA ORGANIZAÇÃO<br/>VINHAM CORRENDO PRA CÁ.</p> |
| <p>II</p> <p>VEIO GENTE DA VERDES MARES,<br/>CERVEJARIA BRAHMA E DOM LUIZ,<br/>CIDADE 2000, PRAIA DO MEIRELES<br/>É ISSO QUE A HISTÓRIA DIZ<br/>HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA<br/>TODA GAMA DE POBREZA<br/>VEIO AQUI FINCAR RAIZ.</p> | <p>IV</p> <p>ENQUANTO A FAVELA CRESCIA<br/>AUMENTAVA A POPULAÇÃO<br/>TODA FONTE DE PROBLEMA<br/>ERA FEIA A SITUAÇÃO<br/>A COISA FICAVA SÉRIA<br/>DESEMPREGO, FOME E MISÉRIA<br/>E MUITA DESNUTRIÇÃO...</p> |

**Quadro 2 – Versos da Cartilha Comemorativa dos 35 anos do bairro Edson Queiroz. Fortaleza-CE, 2005**

Fonte: Ferreira (2005).

Veras et al (1987), citados por Pordéus et al (1999), dizem que em relação à composição familiar na Comunidade do Dendê, um estudo de 1987 apresentava 5,6 pessoas por moradia. Outro estudo realizado em 1999 apontou de 4 a 5 pessoas por casa, sendo que um terço das inquiridas podia ser caracterizado como conglomerados numerosos, tendo 6 ou mais membros (PORDEUS et al, 1999). Em 2010, para Moura et al, dos 10.879 moradores avaliados, a média, por domicílio, foi de 3,74 pessoas. Pode-se observar na Figura 6 (anexo E) a pirâmide populacional do Dendê.

No Dendê, os imóveis são predominantemente residenciais com um nível de aglomeração domiciliar inferior àqueles observados na década passada, mas um quarto dos domicílios registra vários núcleos familiares ou pessoas agregadas às famílias. Para Moura et al (2010), essa aglomeração intradomiciliar pode ser considerada precária, considerando o pequeno número de cômodos por casas. (MOURA et al., 2010).

Essa comunidade conserva um jeito bucólico de cidade do interior, pois, no fim da tarde, quando o sol esfria, os homens vão para papear, jogar dominó, beber em bares ou mercearias, enquanto, ao anoitecer, as mulheres vão conversar com as vizinhas na calçada, cena cada vez mais rara, pois a comunidade convive também com o comércio de drogas ilícitas, como a maconha e o *crack*, tendo áreas de domínio dos traficantes, onde as pessoas de “bem” não têm acesso. Segundo Cidrack (2003), o medo e a violência imperam de maneira incontrolável. É um lugar de muita solidariedade e muita violência, de grandes amizades e de enormes ódios. Todas as emoções são exacerbadas pela miséria reinante e pelas necessidades elementares não satisfeitas.

A Comunidade do Dendê possui ruas principais, asfaltadas, onde estão fincadas diversas lojas, padarias, mercearias e casas reformadas. Existem algumas ruas largas, outras estreitas, mas encontramos ruelas desalinhadas, escuras, com pouca ventilação. Em algumas, há esgotos a céu aberto, água empoçada e nenhuma forma de saneamento básico. Muitas casas são pequenas e apertadas. Existe uma igreja católica sem um padre residente, porém, para ali vai nas grandes comemorações católicas. Há grande diversidade de religiões, crenças e atividades religiosas, tais como: evangélicos, espíritas, umbandistas, quimbandistas etc. A cultura popular é muito forte, com curandeiros, parteiras e rezadeiras. O fator cultural ainda faz com que algumas pessoas procurem rezadeiras e benzedoras, quando necessitam de alguma assistência à saúde. Para se divertirem, os idosos vão dançar no Forró do Aluísio ou participam do Grupo de Idosos da Terceira Idade, onde se sentem rejuvenescidos e valorizados, seja desenvolvendo habilidades culinárias e decorativas ou como instrutores de bordados, *crochet*, pinturas e outras atividades. Neste espaço, cada um tem o seu valor e seu lugar assegurado (CIDRACK, 2003).

Como rede de apoio à população do Dendê, podemos encontrar: Associação de Moradores; Grupo de Idosos da Terceira Idade; Grupo de Jovens; Conselho Comunitário; igreja católica; muitas igrejas evangélicas, três escolas de 1º grau, duas creches; Grupos de Alcoólatras Anônimos (AA); um Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. Nas imediações da Comunidade do Dendê, também fazendo parte desse suporte, encontramos a Universidade de Fortaleza - UNIFOR, o Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI/UNIFOR), a Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Dom Antônio de Almeida Lustosa e o Centro de Saúde da Família Maurício Matos Dourado.

No processo histórico de Atenção à Saúde da Comunidade do Dendê, o NAMI foi criado em 1978, pela UNIFOR, para realizar atendimento de natureza primária e preventiva

para a população residente perto do *Campus*. Atualmente, o NAMI reúne profissionais e estudantes em uma moderna e multidisciplinar estrutura, com uma área de 14 mil metros quadrados, atendendo desde consultas médicas, análises laboratoriais, imunização; desenvolvimento de pesquisas acadêmicas; presta serviços especializados em diagnósticos por imagem, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, beneficiando milhares de pacientes. O NAMI foi integrado à Rede SUS e, no contexto atual, presta serviço de Atenção Secundária, realizando cerca de 500 mil atendimentos, entre consultas médicas, análises laboratoriais, vacinas e outros. Como o NAMI é anterior à criação do PSF (1994), há por parte da população um imenso reconhecimento da assistência que era prestada. Não é difícil ouvir alguém dizendo que preferia ser atendido no NAMI em vez de ser no CSF Mattos Dourado. Podemos ver a proximidade dessas instituições à Comunidade do Dendê na figura 7 (anexo F).

O Centro de Saúde da Família Mattos Dourado pertence à rede de Atenção Primária da SER VI. No início da pesquisa, a área do Dendê era coberta por 4 equipes do PSF, conforme figura 8 (anexo G). Atualmente, o CSF Mattos Dourado possui cinco equipes da Estratégia Saúde da Família, cada uma se responsabilizando por uma área adscrita da Comunidade do Dendê.

De acordo com dados de abril de 2013 do Consolidado Mensal da Saúde do Idoso, SER VI, referente as 4 equipes de PSF do CSF Mattos Dourado, a Comunidade do Dendê encontra-se com uma população de 1.011 idosos. Desse contingente demográfico com 60 anos ou mais, 453 são cadastrados em áreas cobertas pelos agentes comunitários de saúde – ACS. Dentre os idosos cadastrados, encontramos: 09 (1,9%) morando sozinhos; 22 (4,8%) acamados; 158 (34,8%) com cuidador; 46 (10,1%) participando de Grupo de Idosos; 105 (23%) hipertensos; 68 (15%) diabéticos; 02 (0,4%) com doença de Parkinson; 05 (1,1%) com mal de Alzheimer. Ainda, segundo os dados do CSF enviados à Prefeitura de Fortaleza, foram realizados 08 atendimentos na Saúde Bucal e 506 visitas domiciliares, sendo: 10 médicas, 16 de Enfermagem, 200 de auxiliares de Enfermagem e 280 de ACS.

### **4.3 Amostra e participantes do estudo**

A população pesquisada constou de idosos residentes na Comunidade do Dendê e de profissionais de saúde que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Mattos Dourado, que atende esta comunidade. A coleta de

informações ocorreu de forma simultânea, porém, didaticamente, apresentaremos em dois momentos.

Na fase quantitativa, tivemos a aplicação de dois tipos de questionários: um para os idosos e outro para os profissionais de saúde. Em relação ao questionário aplicado aos idosos, o cálculo da amostra foi baseado nos dados de abril de 2013 do Consolidado Mensal da Saúde do Idoso<sup>3</sup> – SER VI, referente às quatro equipes do Programa de Saúde da Família - PSF do Centro de Saúde da Família Mattos Dourado, onde encontramos uma população de 1.011 idosos residentes na Comunidade do Dendê. A opção por analisar o período de abril de 2013 deste consolidado decorreu do fato de corresponder à época da campanha de vacinação de idosos, momento do ano em que esse levantamento é mais atualizado, já que participam idosos acompanhados pelos agentes comunitários de saúde, e idosos moradores de “áreas descobertas”, ou seja, que não possuem esse acompanhamento. No questionário dos idosos, utilizamos as variáveis: caracterização do idoso; caracterização do domicílio e o estado de saúde.

Baseado nisso, foi realizado um cálculo amostral com recurso do STATCALC do *software Epi Info<sup>TM</sup>*, e chegamos a uma amostra de 88 idosos, com nível de confiança de 95%. No quadro 3, podemos observar a fórmula utilizada para determinar o tamanho da amostra. Foram realizadas, no entanto, 11 entrevistas a mais do que o indicado. Portanto, foram efetuadas 99 entrevistas, com uma amostragem do tipo aleatória simples, porém com representatividade nas quatro áreas do Dendê (anexo G). Esse número de entrevistados corresponde a 9,79% da população de idosos sugerida pelo Consolidado Mensal da Saúde do Idoso. Foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos para a pesquisa: idosos acima de 60 anos; concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e permitir a gravação das entrevistas. Como critérios de exclusão: idosos que apresentaram distúrbios ou problemas cognitivos.

Em relação ao questionário dos profissionais de saúde, foram entregues 10 questionários, com uma taxa de retorno de 70%. Dentre os que responderam o instrumento, três eram médicos e quatro enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde pertencentes à ESF do CSF Mattos Dourado, participantes atuantes há pelo menos 6 meses no

---

<sup>3</sup> O Consolidado Mensal da Saúde do Idoso é um documento-padrão da Secretária de Saúde de Fortaleza mensalmente enviado pelo Centro de Saúde da Família, informando dados referentes ao acompanhamento dos idosos pelas Equipes do Programa Saúde da Família, como: número de idosos cadastrados; hipertensos, diabéticos, acamados, vacinados... e os que foram visitados por médico, enfermeiro, dentista e agente comunitário de saúde.

PSF. Não houve critérios de exclusão, pois todos os profissionais das equipes de Saúde da Família participaram da pesquisa, independentemente da idade, etnia ou gênero. Em virtude de problemas operacionais e da reforma por que o Centro de Saúde estava passando durante a aplicação dos questionários, apesar da importância, os odontólogos não participaram da pesquisa. Dois profissionais médicos cubanos, do Programa “Mais Médicos” do Governo Federal, também não participaram do estudo por terem iniciado o trabalho há pouco tempo, não se enquadrando nos critérios de inclusão. No questionário dos profissionais de saúde, utilizamos como variáveis: caracterização sociodemográfica, formação educacional, ambiente de trabalho, processo de trabalho em equipe e utilização de instrumentos ou teste da prática clínica de abordagem da pessoa idosa.

- **Cálculo do Tamanho da Amostra com Epi Info** (recurso STATCALC do software *Epi Info*<sup>TM</sup>)

- **Fórmula para Determinação de Tamanho de Amostra**

$$N = 4 \frac{z_{\alpha}^2 P(1-P)}{W^2}$$

-  $z_{\alpha}$  é o factor que corresponde ao grau de confiança desejado (para um nível de confiança de 95%,  $z_{\alpha} = 1.96$ )

-  $P$  é a proporção esperada de pacientes com o desfecho (no caso o questionário tem múltiplas variáveis com proporções esperadas diferentes). Nesse caso a frequência esperada do fator tende a 50%.

-  $W$  é o intervalo de erro aceitável.

### **Quadro 3 – Cálculo: tamanho da Amostra de idosos participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2014**

Fonte: elaboração própria.

Na fase qualitativa, inicialmente, realizamos entrevistas em profundidade. Posteriormente, entretanto, sentimos a necessidade de utilizar outra forma de coleta de dados, o grupo focal, com os agentes comunitários de saúde, elo da comunidade com o Centro de Saúde. Em relação às entrevistas, o número de entrevistados foi proporcionado pela saturação de dados. Foram realizadas oito entrevistas domiciliares em profundidade, sendo escolhidos por sorteio entre os idosos que já tinham respondido o questionário da fase quantitativa.

De acordo com Morse et al (2002), citados por Thiry-Cherques (2009, p. 23), não existem instrumentos matemáticos ou lógicos de delimitação prévia do ponto de saturação e, por consequência, do total de observações requerido. Também não há como dizer com certeza absoluta se o ponto de saturação será atingido em um número praticável de observações. O que é possível fazer é, mediante a acumulação de experiências, estimar o ponto em que as informações de observações saturam.

A avaliação qualitativa de programas é aquela que, sem prejuízo da inserção de outras dimensões, necessariamente, inclui os agentes envolvidos na produção das práticas, suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos. Na pretensão de avaliar ações em saúde, no contexto de reflexão e de prática, envolve uma rede objetiva e subjetiva, com suporte na qual se vislumbram desafios e possibilidades. Dentro dessa dimensão, necessitamos conhecer quem são, como vivem e quais os principais problemas de saúde dos idosos da Comunidade do Dendê? Quais as dificuldades e facilidades de acesso à saúde? Como é a atenção à saúde prestada aos idosos pelo PSF do CSF Mattos Dourado? Qual a percepção dos idosos acerca do acesso ao atendimento prestado? Os idosos estão satisfeitos com a atenção à saúde prestada pelo Centro de Saúde da Família Mattos Dourado?

Portanto, em relação ao primeiro momento da fase qualitativa, os sujeitos da pesquisa foram os idosos com 60 anos ou mais, moradores da Comunidade do Dendê e usuários do Centro de Saúde da Família Mattos Dourado. Os idosos selecionados para as entrevistas foram escolhidos com base numa lista contendo 99 idosos, que anteriormente participaram da fase quantitativa desta pesquisa. Os longevos foram subdivididos em 4 áreas, de acordo com o local de moradia, para garantir representatividade nas áreas das 4 equipes de Saúde da Família. Posteriormente, de forma aleatória simples, foram pré-selecionados até 5 idosos por grupo. O fechamento amostral se deu com 8 idosos entrevistados, 2 de cada área, sendo estabelecido por método de amostragem por saturação de dados.

No segundo momento, após observar divergências entre as falas dos idosos, usuários do CSF Mattos Dourado, e dos profissionais de saúde que atendem no posto, identificamos a necessidade de aumentar o conhecimento acerca da relação entre o prestador de serviço de saúde e o usuário. O agente comunitário de saúde<sup>4</sup> compõe a equipe multiprofissional nos serviços de Atenção Básica à Saúde e atua na busca de garantir a integralidade das ações segundo os contextos onde se desenvolvem suas práticas. É um profissional que, reconhecidamente, é o elo entre a comunidade e o Centro de Saúde da

---

<sup>4</sup> O agente comunitário de saúde (ACS) foi reconhecido como profissão pela Lei 10.507, de 10 de julho de 2002; porém, a atuação do ACS no Brasil é anterior ao surgimento da PSF. No Ceará, o Programa Agente de Saúde (PAS) foi introduzido em 1987. Foi em 1989, porém, que o governo do Ceará decidiu financiar o programa, sendo uma experiência pioneira pela sua institucionalização e universalização. O sucesso do PAS no Ceará motivou o Ministério da Saúde a criar, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que você é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal. Segundo o Ministério da Saúde (DAB), competência abril/2013, o número total de ACS no Brasil é de 315.699, com percentual de cobertura estimada da população de 64,7%; no Ceará é de 83,4% e em Fortaleza é de 57,6% da população (LESSA, 2013).

Família/PSF. Então, se denota a importância de conhecer a visão deste profissional de saúde. Para isso, utilizamos como forma de coleta de dados o grupo focal. Foram convidados oito profissionais, sendo dois de cada área correspondente às quatro equipes de Saúde da Família.

Na escolha dos participantes, foram observados alguns critérios baseados na análise do problema em estudo e da vivência dos participantes com o tema a ser discutido, o que favoreceu a troca de informações. No dia agendado, só compareceram seis. Os outros dois ACS não participaram em virtude de problemas pessoais, porém, foi mantida a representatividade das áreas da ESF.

#### **4.4 Coleta de dados**

##### *4.4.1 Período*

A coleta de dados, tanto da análise sócio-histórica (quantitativa), quanto da análise formal ou discursiva (qualitativa), ocorreu de 24 de março a 11 de abril de 2014.

##### *4.4.2 Fase Quantitativa*

O instrumento utilizado nesta fase foi o questionário. Foram aplicados dois questionários distintos, um específico para os idosos residentes na Comunidade do Dendê e outro aplicado com os profissionais de saúde pertencentes ao Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Mattos Dourado.

Em relação aos idosos, a previsão inicial era de aplicar o questionário em 88 longevos do Dendê. No final do período previsto, 99 sujeitos participaram da pesquisa, respondendo ao questionário, após terem ouvido a leitura e uma breve explicação sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Além disso, no final da aplicação do questionário, todos assinaram ou utilizaram a digital, consentindo a participação na pesquisa. A elaboração do questionário foi baseada na revisão de literatura, em outras pesquisas acadêmicas e grupos focais já realizados no Dendê, e em outros questionários: o

“Questionário Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE”<sup>5</sup>, já validado e aplicado no Estado de São Paulo (SABE, 1999; 2006), no questionário do Vigitel Brasil-2011 (2012), que é a pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, realizado pelo Governo Brasileiro desde 2006, e no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *primary care assessment tool - PCATool* – Brasil (BRASIL, 2010).

Para aplicar os questionários, foram selecionadas duas agentes comunitárias de saúde do Dendê. Essa escolha foi motivada por serem moradoras da área, possuírem facilidade de acesso e boa aceitação pelas famílias da comunidade. No intuito de obtermos melhor coleta de dados, demonstrando um perfil exato da opinião da população de idosos da Comunidade do Dendê, foi proposto um treinamento de cerca de 20 horas. O treinamento abordou a aplicação dos questionários, desde quando iniciar um contato, até como utilizar e preencher o questionário, na tentativa de padronizar a forma de aplicação e esclarecer as dúvidas. Nesse treinamento, foi abordado o processo de comunicação, pois, apesar de parecer fácil, já que se comunicar faz parte da natureza humana, este processo, por si, não é simples. Com o treinamento por meio da prática de aplicar o instrumento, adquire-se a habilidade para auxiliar e conduzir apropriadamente o preenchimento do questionário. Não há questionário bom, adequado, claro, se a habilidade do pesquisador que o emprega também não for.

Em março, no dia 15, o questionário finalizado foi apresentado às agentes de saúde. Na reunião, o questionário foi lido atentamente, observando todos os detalhes de como preenchê-lo corretamente. Foi informado que o trabalho das agentes de saúde seria revisado por nós, como forma de garantir a aplicação correta dos questionários. Neste mesmo dia, foram entregues dois questionários para que fossem aplicados e testados na segunda-feira pela manhã. Foi implementada orientação de que as agentes de saúde, durante a aplicação dos questionários, registrassem todas as dúvidas que surgissem. Dois dias depois, houve um novo encontro para que as dúvidas fossem sanadas. Os problemas identificados, como numerações das opções de respostas, foram corrigidos. Outro ponto importante foi orientar sobre o direito assegurado do pesquisado em recusar a responder qualquer questionamento. Por fim, nos

---

<sup>5</sup> Questionário SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento): faz parte um inquérito multicêntrico patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) sobre saúde e bem-estar de pessoas idosas em sete centros urbanos na América Latina e Caribe. O desenho do estudo, o plano de amostra, o questionário... tiveram como fonte de ideias o Centro para Demografia e Ecologia de Wisconsin-Madison. O questionário encontra-se disponível, na íntegra, na página da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo na internet: <http://www.fsp.usp.br/sabe/>.

mostramos disponíveis a tirar qualquer dúvida, em qualquer momento da pesquisa, em qualquer hora. Os ACS foram esclarecidos de que, em caso de dúvidas, era importante que fosse esclarecida imediatamente conosco para garantir o bom andamento do trabalho.

Mesmo ciente da possibilidade de o agente comunitário de saúde, ao aplicar os questionários, pudesse cometer algum viés por pertencer à Atenção Básica do CSF Mattos Dourado, todos os esforços no treinamento foram realizados no intuito de evitar que isso ocorresse. Houve revisões nos questionários entregues e algumas visitas no campo para reavaliar a correta aplicação do instrumento. Apesar desse risco, no entanto, não tínhamos dúvida quanto ao agente de saúde ser o profissional ideal para percorrer todas as áreas do Dendê e ter fácil acesso aos moradores. A aplicação dos questionários aos idosos com 60 anos ou mais teve duração de 19 dias.

Para iniciar a pesquisa quantitativa com os profissionais de saúde, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde o Termo de Autorização ou Anuência para realização da pesquisa. A Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde deu parecer favorável. O instrumento utilizado também foi o questionário, sendo este baseado no questionário de “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ”. (BRASIL, 2012). Esse questionário tratou de temas como: atenção à saúde prestada aos idosos do Dendê; capacitação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família para o atendimento ao idoso; da utilização do Caderno de Atenção Básica; do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, entre outros. No período de 24 de março a 11 de abril, entregamos o questionário diretamente a alguns profissionais de saúde, e, para outros, tivemos a colaboração da coordenadora médica do CSF Mattos Dourado. Foram entregues dez questionários, e, até o dia 11 de abril, somente sete profissionais os devolveram.

#### *4.4.3 Fase qualitativa*

Nesta fase, inicialmente, utilizamos como instrumento de coleta de dados a entrevista em profundidade com alguns idosos que responderam os questionários. Uma vez conhecidos os dados iniciais da pesquisa quantitativa e falas dos idosos na pesquisa qualitativa, observamos a necessidade de aprofundamento na relação dos idosos com o Centro de Saúde. Para isso, os agentes comunitários de saúde foram identificados como

“informantes-chaves” e o grupo focal foi escolhido como instrumento mais adequado para coleta dessas informações.

A entrevista em profundidade é um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, recolher resposta baseada na experiência subjetiva de uma fonte selecionada por deter informações que se intenta conhecer. Os questionamentos permitem explorar um assunto ou aprofundá-lo, descrever processos e fluxos, identificar problemas, microinterações, padrões e detalhes, caracterizando a riqueza de um tema (DUARTE, 2005). As entrevistas foram realizadas com idosos, com 60 anos ou mais, residentes na Comunidade do Dendê, e usuários do Centro de Saúde da Família Mattos Dourado. O local da pesquisa foi o domicílio do entrevistado.

A escolha dos entrevistados partiu da lista dos 99 idosos que responderam o questionário utilizado na fase quantitativa. Inicialmente, os longevos foram subdivididos em 4 áreas de acordo com o local de moradia, e, posteriormente, de forma aleatória simples, foram selecionados três idosos por área, que foram convidados a fazer parte do estudo pelas agentes comunitárias de saúde - ACS, sendo realizado um agendamento prévio. As entrevistas ocorreram em quatro dias, do dia 1 ao dia 4 de abril, alternando entre os turnos da manhã e da tarde, possibilitando, assim, se adequar ao melhor horário determinado pelos idosos.

Todas as entrevistas foram realizadas por nós. O primeiro momento da entrevista era destinado a informar aos entrevistados da finalidade da pesquisa, sendo lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma simples, facilitando a compreensão do idoso. As entrevistas foram gravadas, todas com a permissão dos idosos. Para coleta de dados, utilizamos como instrumento a entrevista em profundidade. No intuito de registrar gestos e expressões relevantes contidos na linguagem não verbal durante as entrevistas, utilizamos um diário de campo. O fechamento amostral foi de oito entrevistas, estabelecido por saturação de dados.

O outro momento da fase qualitativa foi o grupo focal, com os ACS. Segundo Minayo (2000, p.19), o grupo focal pertence à categoria mais geral de pesquisa aberta ou não estruturada, visando a colocar as respostas do sujeito no seu próprio contexto. Para Krueger (1994, p. 155), citado por Costa (2012), a entrevista de grupo focal “é uma marca dentro das tendências humanas. Atitudes e percepções relativas a conceitos, produtos, serviços ou programas são desenvolvidas, em parte, pela interação com outras pessoas”. A ideia defendida por vários pesquisadores é de que os debates nos grupos estabelecem um senso coletivo, onde

os significados são negociados e as identidades elaboradas pelos processos de interação social. Portanto, a interação é a chave para o método, pois o que os participantes dizem pode ser confirmado, reforçado ou contestado dentro do grupo da discussão.

O grupo focal foi realizado no dia oito de abril, sendo formado por agentes comunitários de saúde. Para realizar essa atividade, fez-se necessário um planejamento de cerca de quinze dias. Na preparação, seguindo um cronograma, observamos a escolha dos ACS, contemplando a presença de um representante de cada equipe de PSF; a entrega dos convites aos participantes; o local para realizar a atividade – no CSF Mattos Dourado, na sala destinada aos agentes de saúde, com autorização da Coordenação do Centro de Saúde; o conteúdo com um roteiro contendo perguntas norteadoras das discussões e a condução da sessão, assumida por nós, realizando funções de observador e moderador. Toda a sessão durou cerca de 80 minutos e foi gravada com permissão dos participantes, o que nos possibilitou, como observador, registrar informações e detalhes da linguagem não verbal. Na função de moderador, foi possível direcionar o grupo à discussão da atenção à saúde do idoso na APS, incentivar a participação de todos os participantes, possibilitando um aprofundamento das discussões.

#### **4.5 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados por meio do método preconizado por Thompson (1995) – Hermenêutica da Profundidade – como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto. A Hermenêutica da Profundidade – HP, nesta pesquisa, pode ser dividida em três fases conforme a taxonomia seguinte.

- 1 Análise sócio-histórica (fase quantitativa)** - utilização da observação e de questionários com os idosos da Comunidade do Dendê e profissionais de saúde do CSAF Mattos Dourado, para compreender e reconstruir as condições sociais e históricas em que vivem os idosos e os profissionais de saúde. Os dados quantitativos foram analisados pelo Epi-Info versão 6.0, com utilização de técnicas de Estatística Descritiva, para análise e interpretação, dentre elas a percentagem. A princípio, a apuração dos resultados foi feita com listagem, classificação e ordenação das variáveis e registro de prevalência, que depois

foram codificados e colocados em tabelas, as quais foram analisadas minuciosamente e interpretadas.

- 2 Análise formal ou discursiva (fase qualitativa)** – por meio da interpretação das entrevistas, utilizando as falas dos participantes, foi realizada uma análise diferenciada, que decifrou as formas simbólicas nela expressas.
- 3 Interpretação/reinterpretação** - nessa fase, as percepções dos participantes acerca da atenção à saúde oferecida aos idosos foi interpretada e compreendida, e essa interpretação perpassa todos os momentos. Dessa forma, a interpretação e reinterpretação se materializaram na própria análise.

#### **4.6 Pesquisa e ética**

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, conforme descrito na Resolução 466/2012, para se realizar qualquer pesquisa que envolva seres humanos, há necessidade de se elaborar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE que foi assinado por todos os participantes do estudo (apêndice A). O projeto nº 703.294 teve parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará favorável.

Os princípios seguidos, de acordo com esta Resolução, foram os seguintes: Autonomia – assegura ao informante a liberdade de participar ou não do estudo, além de ter a opção de poder abandonar a pesquisa se assim o desejar; Beneficência – o estudo só deverá proporcionar benefícios aos participantes; Não-maleficência – nenhum malefício ou dano deverá advir do estudo para aqueles que dele participarem; e Justiça e equidade – não se poderá fazer distinção de tratamento entre todas as pessoas que participarem da pesquisa; e, além disso, o pesquisador deverá tratar com justiça todos os informantes. (GARRAFA, 1995; SGRECCIA, 1991; VIEIRA; HOSSNE, 1998).

#### **4.7 Riscos e benefícios**

As pesquisas que envolvem ser humano como sujeito envolvem risco. A avaliação de riscos e benefícios em pesquisa é fundamental para assegurar a eticidade no respeito à dignidade da pessoa humana. De acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional

de Saúde (BRASIL, 2012), o risco deve ser entendido como a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente”. Quanto aos benefícios, trata-se do proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa. Inclusive, são admissíveis pesquisas cujos benefícios aos seus participantes sejam exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses. Então, o objetivo é atingir o chamado “risco-mínimo”, com o máximo de benefícios.

Em relação os riscos, este estudo não trará prejuízo para os participantes, já que se trata de um inquérito domiciliar, não envolvendo manipulação ou intervenção no idoso. E, em relação aos benefícios, a pesquisa possibilitará identificar os principais desafios da atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica, podendo servir de norteadora para a resolução dos problemas, apontando caminhos para os gestores e se revertendo na melhoria da atenção ao idoso, como a consequente melhoria da qualidade de vida e saúde dos idosos.

#### **4.8 Desfechos primário e secundário**

Estimamos que este estudo, ao avaliar a atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família, no Município de Fortaleza, possa sensibilizar os gestores e profissionais de saúde que prestam atenção à saúde para pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família, para que os problemas na prestação de serviço a esse segmento sejam resolvidos ou minimizados.

Além disso, posteriormente, esta pesquisa pode servir de base para um planejamento adequado da atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família, pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, beneficiando idosos da Comunidade do Dendê e de toda a Fortaleza.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em decorrência da complexidade que é avaliar uma política pública, como citamos na trajetória metodológica, optamos por combinar um estudo quantitativo ao qualitativo. Na análise dos dados, vamos trabalhar com o método da Hermenêutica da Profundidade, preconizado por Thompson (1995). Nesta fase, na qual apresentaremos os resultados e discussão as três fases do método serão realizadas: **1º) Análise sócio-histórica (fase quantitativa); 2ª) Análise formal ou discursiva (fase qualitativa)** e, finalmente, a fase **3ª) Interpretação e Reinterpretação.**

### 5.1 1ª Fase – Análise sócio-histórica (fase quantitativa)

Daremos início à análise sócio-histórica, ou seja, a fase quantitativa do método da Hermenêutica da Profundidade. O trabalho de campo - inquérito domiciliar foi realizado com idosos na Comunidade do Dendê, localizado no bairro Edson Queiroz, SER VI, em Fortaleza-Ceará. Utilizamos amostragem realizada aleatória simples, tendo como critério de inclusão os idosos com 60 anos ou mais, residentes na Comunidade do Dendê, e que se prontificaram a responder o questionário, sendo excluídos os “não moradores”.

#### 5.1.1 Caracterização do idoso

O Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios - PNAD 2012, tinha uma população residente estimada em 196,9 milhões de pessoas. Observando a distribuição populacional por idade, os dados apontam para a tendência de envelhecimento populacional da estrutura etária do País, levando a um estreitamento acentuado da base da pirâmide populacional brasileira. Essa tendência ganha força, quando se observa a distribuição da população projetada por grupos de idade. Para o grupo de 60 anos ou mais, há um aumento acentuado, pois em 2020 atingirá 13,8% e, em 2060, 33,7%. De acordo com essa estimativa, a participação dos idosos em 2055 será maior do que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade. Em 2002, o percentual de idosos no Brasil representava 9,3% da população. Dez anos depois, segundo a PNAD 2012, os idosos brasileiros com 60 anos ou

mais representam 12,6% da população, ou 24,85 milhões de pessoas que, em sua maior parte, vivem em áreas urbanas (84,3%). Relativamente à composição da população, por sexo, temos 13,8 milhões de mulheres, representando a maioria, com um percentual de 55,7% (IBGE, 2013).

No que se concerne à Capital cearense, Fortaleza, no censo 2000, sua população de idosos era de 160.650 longevos, correspondendo a um percentual de 7,5% de seu conjunto demográfico. Dez anos depois, no censo 2010, essa população passou a 237.775, representando 9,7% (IBGE, 2010). Segundo estimativa do IBGE, no ano de 2013, o número de pessoas idosas, ou seja, com 60 anos ou mais, em Fortaleza, deveria atingir 255.180, representando cerca de 10% da população. (FORTALEZA, 2013).

Esta seção de caracterização do idoso fundamenta-se na amostra da pesquisa, cuja representatividade nos permite extrapolar para o conjunto da população idosa do Dendê com 95% de certeza. Conforme a amostra, os idosos da Comunidade do Dendê, em sua maioria, procedem da zona rural, correspondendo a 69,7%, enquanto que cerca de um terço deles nasceu na capital, Fortaleza, o que é demonstrado na tabela 1.

No Brasil, a urbanização ocorreu de forma rápida e desordenada por todo o século XX, com intensa migração do contingente rural, que trocou o campo pelas novas oportunidades oferecidas pelas cidades. A taxa de urbanização, que consiste na proporção da população residente em áreas urbanas, foi de 84,8% para o Brasil em 2012 (IBGE, 2013). Isso decorreu, historicamente, em grande medida, em consequência da industrialização, que necessitava de grande quantidade de mão de obra para trabalhar nas unidades fabris, na construção civil, no comércio ou nos serviços. Desta forma, atraiu milhares de migrantes do campo para as cidades. A urbanização brasileira apoiou-se, essencialmente, no êxodo rural.

**Tabela 1 - Origem dos Idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| ORIGEM                               | N.º | %    |
|--------------------------------------|-----|------|
| Rural, nasceu no campo – no interior | 69  | 69,7 |
| Urbano (a) nasceu em Fortaleza       | 29  | 29,2 |
| Urbano (a) nasceu em outro Estado    | 1   | 1,0  |
|                                      | 99  | 100  |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.  
Fonte: Dados primários da pesquisa

O êxodo rural no Nordeste, segundo Evangelista e Carvalho (2001), resulta da conjugação de fatores não econômicos e econômicos. Do ponto de vista econômico, a migração ocorre muito mais em função de uma diferença favorável na remuneração esperada do que na remuneração real. A ocorrência das estiagens, no entanto, está entre os fatores não econômicos que estimulam a migração. Dentre as características dos migrantes, cabe destacar a juventude, a pobreza e o fato de não possuírem terra. Por outro lado, dado o reconhecido viés urbano das políticas públicas brasileiras, em que a maioria das intervenções governamentais melhorou muito mais intensamente as condições de vida nas cidades do que no campo, as pessoas se veem obrigadas a deixar o meio rural, não porque sua mão de obra se tornou desnecessária, mas porque, no meio rural onde vivem, lhes falta de tudo, especialmente, condições de saúde e educação.

Os migrantes, portanto, buscam nas cidades empregos, salários e, acima de tudo, melhores condições de vida. Para uma boa parte dos nordestinos que se aventuraram nessa trilha, no entanto, as dificuldades foram muitas, e o sonho de uma vida melhor se defronta com a dura realidade da vida nas grandes cidades. O êxodo rural levou ao inchaço urbano. Capitais, como Fortaleza, passaram a conviver com o desordenamento urbano e crescimento das favelas, onde predominavam problemas de saneamento básico, falta de moradias, violência e diversos outros transtornos que resultam em má qualidade de vida dessa população.

A Comunidade do Dendê, em Fortaleza, surgiu nos anos 1970, no sítio Água Fria, com pessoas vindas de outros bairros, como: Verdes Mares, Cervejaria Brahma, Dom Luiz, Cidade 2000 e Praia do Meireles. A maioria dessas pessoas, provavelmente, está contabilizada nos números do êxodo rural, pois cerca de 70% dos idosos tiveram lá sua origem, conforme foi visto na tabela 1. As dificuldades iniciais vividas pelos primeiros moradores do Dendê foram bem descritas nos versos do poeta Antônio José (FERREIRA, 2005): “essas famílias carentes, sem ter onde morar, dos bairros eram despejadas e jogadas à Deus dará... enquanto a favela crescia, aumentava a população... desemprego, fome e miséria e muita desnutrição”. Mesmo com as adversidades, essa população se fixou e, com muita luta, ajudou a formar a Comunidade do Dendê, constituiu família, criou filhos e, hoje, muitos ajudam na criação dos netos. A maioria dessa população, cerca de 80%, reside na Comunidade do Dendê há mais de 30 anos, conforme podemos observar na tabela 2.

**Tabela 2 - Tempo de Moradia dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| TEMPO DE MORADIA   | N.º | %    |
|--------------------|-----|------|
| Menos de 1 ano     | 0   | 0,0  |
| Entre 1 e 10 anos  | 3   | 3,0  |
| Entre 11 e 20 anos | 06  | 6,0  |
| Entre 21 e 30 anos | 10  | 10,1 |
| Mais de 30 anos    | 80  | 80,8 |
|                    | 99  | 100  |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

No que se refere à cor ou raça, no Brasil, segundo a PNAD 2012, quando tratamos da declaração de cor ou raça, o maior percentual observado da população residente, 54,4%, era de cor branca; 36,3% parda e 8,1% de cor preta (IBGE, 2013). A Tabela 3 contém a composição racial e étnica dos idosos da Comunidade do Dendê, onde a maioria (84,8%) se declara parda. Esse percentual é bem superior ao do Ceará, nos dados da PNAD 2005, citados em Rebouças (2011), onde 55,9% eram de idosos pardos, 40,3% de brancos e os indígenas e de cor amarela alcançaram 0,3%.

Nesses dados, nos quais se observa o crescimento da população parda o fenômeno, tem sido descrito como “pardização” do Brasil, refletindo a revalorização da identidade de grupos raciais historicamente discriminados. O termo "pardo" é comumente usado para se referir a brasileiros mestiços. E remonta, porém, ao período colonial, a uma ascendência africana, mestiça ou não. Na sociedade brasileira, tanto os pretos, como os pardos vivem em condições muito parecidas, pois entre eles há mais baixa escolaridade, alta taxa de desemprego e subemprego, estando, ainda, muito distantes dos brancos em termos de bons indicadores de qualidade de vida. (MIKEWIS; ANDERSON, 2005).

**Tabela 3 – Composição racial e étnica dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| COMPOSIÇÃO RACIAL E ÉTNICA | N.º | %    |
|----------------------------|-----|------|
| Cor / Raça                 |     |      |
| Preta                      | 6   | 6,0  |
| Parda                      | 84  | 84,8 |
| Branca                     | 9   | 9,0  |
|                            | 99  | 100  |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Algumas das definições da cor parda sugerem “algo ruim”, reforçando o preconceito vivido por essa população: “branco duvidoso”, “branco sujo”, “de cor pouco brilhante”. Para o negro, há a associação que remete ao que é “muito triste e fúnebre”. No Brasil, a questão racial está ligada à condição socioeconômica, existindo, dessa forma, um duplo preconceito. Em razão desta realidade, é fácil perceber por que de acordo com a literatura, quando se trata de violência doméstica, a mulher negra apresenta maior vulnerabilidade. A violência nas relações interpessoais contra o idoso depende, em parte, de questões culturais, do período sócio-histórico, bem como de questões de gênero, de classe social e de etnia (SAFFIOTI, 1997, citado por PINTO et al, 2013).

Na análise do perfil sociodemográfico, é possível observar que, entre os idosos da Comunidade do Dendê, as mulheres também são maioria, com um percentual de 60,6% (tabela 4). Os dados do Dendê se aproximam da distribuição da população idosa de Fortaleza no censo de 2010, onde, segundo o gênero, apresentou 144.266 idosas, representando 61% desse total (FORTALEZA, 2013).

**Tabela 4 - Perfil sociodemográfico dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO             |  | N.º | %    |
|-------------------------------------|--|-----|------|
| <b>Sexo</b>                         |  |     |      |
| Masculino                           |  | 39  | 39,3 |
| Feminino                            |  | 60  | 60,6 |
|                                     |  | 99  | 100  |
| <b>Idade</b>                        |  |     |      |
| De 60 a 69 anos                     |  | 54  | 54,5 |
| De 70 a 79 anos                     |  | 34  | 34,3 |
| De 80 a 89 anos                     |  | 10  | 10,1 |
| De 90 a 99 anos                     |  | 1   | 1,0  |
| 100 ou mais anos                    |  | 00  | 0,0  |
|                                     |  | 99  | 100  |
| <b>Estado civil</b>                 |  |     |      |
| Solteiro (a)                        |  | 16  | 16,1 |
| Casado (a) legalmente               |  | 47  | 47,4 |
| União estável há mais de seis meses |  | 9   | 9,0  |
| Viúvo (a)                           |  | 18  | 18,1 |
| Separado (a) ou divorciado          |  | 9   | 9,0  |
|                                     |  | 99  | 100  |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

No Dendê, a idade da população entrevistada variou de 60 a 94 anos, com média de 69,7 anos. Em torno de 53,6% dos idosos apresentavam idade abaixo de 70, enquanto 10,5% tinham 80 anos ou mais, sendo que apenas um idoso, tinha 90 anos ou mais. Em relação à faixa etária, notamos que mais da metade dos idosos se encontra na faixa etária de 60 a 69 anos, enquanto 34,3% com idade de 70 a 79 anos e 10,1% com idade de 80 a 89 anos (tabela 4).

No que se refere ao estado civil dos longevos do Dendê, o grupo dos solteiros, separados ou divorciados e viúvos soma 43 (43,4%), enquanto o dos casados ou vivendo em união estável chegam a 56 (56,5%), superando em cerca de 10% o grupo anterior (tabela 4). Em Fortaleza, os pesquisadores Coelho Filho e Ramos (1999), no estudo *Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar*, encontraram, em uma amostra de 667 idosos, 48,1% casados/união consensual e um pouco mais da metade, 51,9%, era composto por separados, solteiros ou viúvos. Destes, 15,1% eram de separados ou solteiros e 36,8% de viúvos.

Quando avaliamos a faixa etária relacionada ao gênero na Comunidade do Dendê, temos 88,8% idosos de 60 a 79 anos e, destes, 64% são do sexo feminino (tabela 5). Esses resultados corroboram o panorama de feminização do envelhecimento, descrito por Berquó (1998) há mais de uma década. A pesquisadora atribuía isso ao fato de as mulheres apresentarem condutas menos agressivas, menor exposição aos riscos no trabalho, maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde, melhor conhecimento destes e maior utilização dos serviços de saúde.

**Tabela 5 - Relação entre faixa etária e sexo dos idosos do Dendê (\*), 2014**

|                  | FAIXA ETÁRIA X SEXO |       |          |      |
|------------------|---------------------|-------|----------|------|
|                  | Sexo                |       |          |      |
|                  | Masculino           |       | Feminino |      |
|                  | N.º                 | %     | N.º      | %    |
| 60 – 69 anos     | 17                  | 30,9  | 38       | 69,0 |
| 70 – 79 anos     | 14                  | 42,4  | 19       | 57,5 |
| 80 a 89 anos     | 7                   | 70,0  | 3        | 30,0 |
| 90 a 99 anos     | 1                   | 100,0 | 0        | 0,0  |
| 100 ou mais anos | 0                   | 0,0   | 0        | 0,0  |
|                  | 39                  |       | 60       |      |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

No pertinente à população muito idosa ( $\geq 85$  anos), na Comunidade do Dendê, encontramos apenas 4 idosos, correspondendo a 4% dessa população estudada, sendo este um percentual um pouco menor do que os dados de Fortaleza do censo 2010, com 16.514 idosos, correspondendo a 6,9% da população de longevos (FORTALEZA, 2013). Quando, porém, comparamos a “população muito idosa” por gênero, em Fortaleza, o maior percentual é da população feminina (61%), e, no Dendê, é da população masculina (75%). Como nesta pesquisa realizada na Comunidade do Dendê há um número baixo de “idosos muito idosos”, há, portanto, limitações nessa avaliação. Esses dados não estão disponíveis em tabelas<sup>6</sup>.

Ao analisarmos o estado conjugal, deparamos com elevado número de viúvas (72,2%), em contraste com o alto percentual de homens casados. Desde o final do século passado, os estudos de Berquó (1999) já apontavam que o recasamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas em idades avançadas, o que provavelmente explica os dados encontrados em nossa pesquisa; para as mulheres, são maiores as chances de enfrentar o declínio da capacidade física e mental sem apoio de um marido. Em relação aos homens, 76,9% se encontram casados ou em união estável. A maioria dos viúvos, porém, (72,2%), solteiros (81,2%) e separados ou divorciados (88,8%) é de mulheres. Portanto, os idosos do sexo feminino vivem em sua maioria (56,6%) sem a companhia de um cônjuge (tabela 6).

**Tabela 6 – Distribuição dos idosos do Dendê, por estado civil e sexo (\*), 2014**

| Estado Civil           | ESTADO CIVIL E SEXO |      |           |      |           |            |
|------------------------|---------------------|------|-----------|------|-----------|------------|
|                        | Sexo                |      |           |      |           |            |
|                        | Masculino           |      | Feminino  |      | Total     |            |
|                        | N.º                 | %    | N.º       | %    | N.º       | %          |
| Solteiro               | 3                   | 18,7 | 13        | 81,2 | 16        | 100        |
| Separado ou Divorciado | 1                   | 11,1 | 8         | 88,8 | 9         | 100        |
| Viúvo                  | 5                   | 27,7 | 13        | 72,2 | 18        | 100        |
| União Estável          | 5                   | 55,5 | 4         | 44,4 | 9         | 100        |
| Casado legalmente      | 25                  | 53,1 | 22        | 46,8 | 47        | 100        |
| <b>Total</b>           | <b>39</b>           |      | <b>60</b> |      | <b>99</b> | <b>100</b> |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

<sup>6</sup> Doravante, em alguns momentos, faremos referência à análise de dados que não constam necessariamente em tabelas, mas que foram resultados da coleta de dados realizada na fase quantitativa - análise sócio-histórica, por meio do questionário estruturado que se encontra em anexo. O acréscimo dessas informações tem o intuito de enriquecer o texto, qualificando a informação.

As diferenças por sexo, quanto ao *status* marital, foram inicialmente estudadas pela demógrafa Elza Berquó (1998), na sua pesquisa intitulada a “Pirâmide da solidão”. Esse estudo apontava que uma conjunção de fatores demográficos, como o envelhecimento da população e a maior expectativa de vida das mulheres, associada a certas normas sociais e culturais prevalentes em nossa sociedade, geravam um grande número de mulheres não casadas ou não unidas. Isso porque, ao fazer suas escolhas para relacionamentos, os homens, em geral, ‘olham’ para baixo, na pirâmide populacional, escolhendo mulheres mais jovens, enquanto as mulheres ‘olham’ para cima, escolhendo homens mais velhos.

A expressão “pirâmide da solidão” passou a ser questionada por não incorporar orientações sexuais diversas como de atribuir solidão a quem não encontrou parceiros ao longo da vida. Isso fez com que a pesquisadora rebatizasse a pirâmide, passando a chamá-la de a “pirâmide dos não casados ou não unidos”. Quando analisamos o estado conjugal por faixa etária no Dendê, encontramos, na faixa etária de 60 a 69 anos, 62,5% dos solteiros; 77,7% dos separados ou divorciados, 77,7% dos que vivem em união estável e 48,9% dos casados. Na faixa etária de 70 a 79 anos, encontramos 44,4% dos viúvos.

Dando continuidade à caracterização do perfil do idoso, delineamos os indicadores relacionados ao nível educacional. Nessa população, destacamos a importância da alfabetização, que é um reflexo de políticas restritivas, pois, nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. O indicador de alfabetização é considerado um termômetro das políticas educacionais brasileiras do passado (IBGE, 2002). Portanto, o baixo saldo da escolaridade média dessa população é um reflexo desse acesso desigual.

Os dados da escolaridade dos idosos do Dendê demonstram que cerca de um terço dos longevos (29,2%), nunca frequentou a escola; outra parte, (47,4%) possui apenas o curso primário, ou seja, 76,7% dos idosos têm baixa ou nenhuma escolaridade (tabela 7). Esses números, mesmo elevados, eram de se esperar que fossem ainda mais altos, já que é um problema histórico no Brasil. Para Florestan Fernandes (2008), citado por Peres (2011, p. 642), o analfabetismo vem associado à exploração no período do Brasil-Colônia, a economia agrícola de latifúndio monocultorista. Além disso, é associado à exploração dos povos indígenas e aos negros africanos, aculturados e escravizados, sem oportunidade de inserção na sociedade de classes.

**Tabela 7 – Escolaridade dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| <b>ESCOLARIDADE</b>                                    | <b>N.º</b> | <b>%</b> |
|--|------------|----------|
| <b>Escolaridade</b>                                    |            |          |
| Curso Primário   | 47         | 47,4     |
| Admissão   | 6          | 6,0      |
| Curso Ginásial ou Ginásio                              | 9          | 9,0      |
| 1º grau, fundamental, supletivo de 1º grau             | 4          | 4,0      |
| 2º grau, colégio ou técnico... ou supletivo de 2º grau | 2          | 2,0      |
| 3º grau ou curso superior                              | 1          | 1,0      |
| Pós-Graduação  | 0          | 0,0      |
| Nunca estudou  | 29         | 29,2     |
|  | 99         | 100      |
| <b>Saber ler e escrever um recado</b>                  |            |          |
| Sim  | 47         | 47,9     |
| Não  | 51         | 52,0     |
|  | 98**       | 100      |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

(\*\*) Um idoso não respondeu esse questionamento

Fonte: Dados primários da pesquisa

No Brasil, a escola pública, até a primeira metade do século XX, era restrita às classes privilegiadas. Consoante exprime Peres (2011), o ensino público não se expandiu uniformemente. As escolas privilegiaram espaços urbanos e regiões centrais das cidades, deixando para trás a zona rural. Desta forma, contribuiu com o alto índice de analfabetos nas áreas menos desenvolvidas e nas populações rurais do Nordeste, já que não havia instituições escolares para atender às populações rurais, em associação à histórica exclusão educacional vivenciada pelos povos do campo.

Mesmo as iniciativas de “alfabetização em massa” fracassaram. Nos anos 1970, foi instituído o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), que, além de uma forte orientação político-ideológica, difundia entre os alunos uma ideologia de responsabilização pessoal pelo sucesso ou fracasso escolar obtido, levando os adultos e idosos, que não sabiam ler e escrever, a ter sentimento de culpa e vergonha. Atualmente, mesmo a educação de jovens e adultos (EJA) é tratada como forma secundária de oferta educacional, sendo destinada aos “jovens e adultos trabalhadores”, enquanto o idoso, por sua vez, nem sequer é citado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996. Além disso, uma das principais críticas à EJA refere-se à utilização da mesma metodologia de ensino para um público potencialmente heterogêneo no que se refere à faixa etária (PERES, 2011).

A investigação da alfabetização medida pela proporção de pessoas que se declararam como sabendo ler e escrever pelo menos um bilhete simples, já é ordinária no IBGE, nas pesquisas domiciliares. Enquanto no Censo de 2000 restou observado que 39,2% dos que tinham mais de 60 anos eram analfabetos, dez anos depois, no Censo de 2010, esse percentual passou a ser de 26% da população idosa brasileira (PERES, 2011). No Dendê, mais da metade dos idosos (52%) refere que não saber ler ou escrever um recado. Esse dado corrobora a baixa escolaridade expressa pelos longevos dessa Comunidade.

Quando avaliamos a escolaridade por gênero no Dendê, descobrimos que, dos 76 idosos com baixa ou nenhuma escolaridade, 59,2% são do sexo feminino. Essa diferença da escolaridade por gênero é mais evidente, quando abordamos se sabem ler ou escrever um recado, pois, dos 51 idosos que responderam não saber ler ou escrever um recado, 58,8% são do sexo feminino.

Na Comunidade do Dendê, encontramos uma população de baixa renda, de pouca escolaridade e de origem rural. Os homens dessa comunidade, provavelmente, desde cedo, desistiram de estudar para se dedicar a “ganhar o pão de cada dia”. Mesmo assim, os homens continuam sendo, proporcionalmente, mais alfabetizados do que as mulheres, principalmente, pelo fato de que, no passado (até os anos de 1960), os homens, ainda, tinham mais acesso à escola do que as mulheres (IBGE, 2002). Segundo Peres (2011), no entanto, baseado nos dados da PNAD 2001, observou-se que, ao longo dos anos 1990, a taxa de analfabetismo feminina passou a ser inferior à masculina.

Em relação à aposentadoria, consoante a ONU (2011), no mundo, apenas 20% dos idosos recebem esse benefício. De acordo com o IBGE (2013), no Brasil, a principal fonte do rendimento de idosos de 60 anos ou mais de idade é a aposentadoria ou pensão (68,6%). Outro percentual, (23,7%) não recebia aposentadoria ou pensão, enquanto 7,8% acumulavam aposentadoria e pensão. Avaliando a fonte de renda dos idosos do Dendê, verificamos que 93,9% possuem alguma renda, sendo que 66,6% são aposentados, 16,1% são pensionistas, correspondendo a um percentual de 82,8% de idosos que têm como a principal fonte de renda a aposentadoria ou pensão (tabela 08). Esse percentual é mais elevado do que o apresentado na PNAD 2012, onde, no Brasil, 76,3% dos idosos com 60 anos ou mais recebem algum benefício da previdência social. Isso pode ser justificado pelo fato de a comunidade ser localizada num bairro nobre de Fortaleza. Em adição, esse contingente população é vizinho da Universidade de Fortaleza, que há mais de 30 anos presta serviços gratuitos ao Dendê, tanto

de saúde como de natureza jurídica, o que pode ter facilitado o acesso à informação e aos meios de conseguir acessar esse benefício.

**Tabela 8 – Fonte de renda e a renda dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| <b>FONTE DE RENDA</b>                  | <b>N.º</b> | <b>%</b> |
|--|------------|----------|
| Aposentadoria                          | 66         | 66,6     |
| Trabalho informal                      | 8          | 8,0      |
| Salário (empregado)                    | 3          | 3,0      |
| Pensão                                 | 16         | 16,1     |
| Ajuda de familiares                    | 0          | 0,0      |
| Ajuda de outros que não são familiares | 2          | 2,0      |
| Outros rendimentos                     | 4          | 4,0      |
|  | 99         | 100      |
| <b>RENDA</b>                           | <b>N.º</b> | <b>%</b> |
| Menos de um salário-mínimo             | 14         | 14,1     |
| De um a dois salários-mínimos          | 67         | 67,6     |
| De três a quatro salários-mínimos      | 17         | 17,1     |
| Cinco ou mais salários-mínimos         | 0          | 0,0      |
| Não Respondeu                          | 1          | 1,0      |
|  | 99         | 100      |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

No que se refere à renda, de acordo com a PNAD 2012, 47,8% dos longevos brasileiros tinham rendimento de todas as fontes superior a salário-mínimo, mas cerca de 43,5% residiam em domicílios com rendimento mensal *per capita* igual ou inferior a 1 salário-mínimo (IBGE, 2013). Na Comunidade do Dendê, 67,6% dos idosos recebiam de 1 a 2 salários-mínimos, enquanto 14,1% recebiam menos de um salário-mínimo (tabela 08). Esse percentual de renda inferior a um salário-mínimo, provavelmente, está associado ao trabalho informal, outros rendimentos ou à ajuda de outros não familiares. Segundo o IBGE (2013), dentre os idosos em que os anos a mais de vida, em boa parte se apresentam sem doenças e debilidade, muitos trabalham, chegando a 27% o percentual de longevos no mercado de trabalho. A informalidade no mercado de trabalho, no entanto, é uma característica dos longevos. Pesa contra eles a baixa escolaridade, já que a população mais escolarizada tende a ser inserida em trabalhos mais formais.

Analisando a religiosidade dos longevos do Dendê, constatamos que cerca de 2/3 dos idosos do Dendê, (63,6%) são católicos, enquanto 29% são evangélicos (tabela 9). Na comparação com o Censo Demográfico de 2010, podemos verificar a proximidade das proporções entre os dados do Dendê e os indicadores censitários brasileiros. No Censo 2010, os católicos representam 64,6% da população; embora seja maioria, segue uma tendência de redução. Esse grupo revelou maior proporção de homens e uma proporção elevada de idosos, entre os quais a proporção de analfabetos é maior (IBGE, 2012).

Os dados do IBGE (2012) mostram também o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil. Relativamente à população evangélica, os dados do censo apontam para o crescimento, com percentual de 22,2%, tendo seus maiores percentuais entre crianças e adolescentes. Também são eles que denotam maior proporção de rendimento mensal domiciliar *per capita* na faixa de até 1 salário-mínimo. Na população de espíritas, houve aumento, chegando a 2,0%, tendo nesse grupo os maiores indicadores de educação e rendimentos. Cerca de 8% dos brasileiros se declararam sem religião.

**Tabela 9 – Religião dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| RELIGIÃO                  | N.º | %    |
|---------------------------|-----|------|
| Católico                  | 63  | 63,6 |
| Protestante ou Evangélico | 29  | 29,2 |
| Judaica                   | 1   | 1,0  |
| Outros Cultos sincréticos | 1   | 1,0  |
| Outros                    | 3   | 3,0  |
| Nenhuma                   | 1   | 1,0  |
| Não sabe / Não respondeu  | 1   | 1,0  |
|                           | 99  | 100  |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Durante o trabalho de campo, foi fácil perceber o avanço do grupo evangélico, expresso nas suas igrejas, que se multiplicam na Comunidade. Segundo Jacob (2003), os evangélicos representam uma parcela da população com menor escolaridade, menor nível socioeconômico, mais negros e pardos e mais empregados do que empregadores. Essas características são semelhantes às encontradas na população do Dendê.

A religiosidade tem uma grande importância na vida de uma grande parte dos idosos, muitas vezes, associados ao surgimento, à manutenção e às possibilidades de atenuação de agravos à saúde física e mental. Na meia-idade, estudos apontam que as pessoas passam a dar mais atenção ao seu interior, a sua essência, possibilitando acesso aos sentimentos e comportamentos religiosos. A religiosidade pode exercer influência benéfica, como suporte social, porém pode levar à alienação em consequência do fanatismo. Como anota Papaléo Netto (1996), percebe-se que as pessoas com práticas religiosas moderadas, com participação ativa, terão um objetivo de vida, além de um envolvimento maior com as pessoas, podendo melhorar sua satisfação na vida e diminuir o estresse.

### *5.1.2 Caracterização do domicílio*

De acordo com a Secretaria das Cidades do Governo do Estado do Ceará, em 2012, a Comunidade do Dendê possuía 3.830 imóveis, sendo 3.510 na comunidade e 320 na área do mangue do rio Cocó (CEARÁ, 2012). Observando os dados das condições de moradia no Dendê, na tabela 10, verifica-se que 97,9% dos idosos possuíam moradia própria, enquanto 1% paga aluguel e 1% tem a casa cedida. Em relação ao tipo de moradia, 82,1% das casas são térreas e de alvenaria, 17,8% são sobrados e nenhuma é de taipa. Quase todas possuíam: eletricidade (98,9%) e água encanada (98,9%), porém somente 2,0% possuíam esgotos. Esses dados corroboram as informações do Governo do Estado, em 2012, de que, na Comunidade do Dendê, 87,6% não têm acesso a saneamento básico; 13,71% dos imóveis não têm banheiro e 25 % não são atendidas pelo sistema público de abastecimento d'água (CEARÁ, 2012).

Ainda segundo a tabela 10, avaliando como vivem as pessoas, 15,1% moram sozinhos, enquanto outros 15 (15,1%) vivem com cinco ou mais pessoas na mesma casa. Somente 11,1% idosos vivem com o (a) companheiro (a), em domicílio de uma geração, porém, a maior parte dos longevos (73,7%) mora em domicílio multigeracional. Em um estudo de 1999, realizado em Fortaleza com 667 idosos, identificou-se um percentual de 75,3% morando em domicílio multigeracional, 10% morando somente com o cônjuge e 6,3% residindo sozinhos. O idoso residente no domicílio de três gerações predominou marcadamente na região periférica da Cidade (COELHO FILHO, RAMOS, 1999). Segundo Coelho Filho e Ramos (1999), na América Latina, os idosos que moram em domicílios multigeracionais, com filhos (as) e netos (as), tendem a ser mais pobres e com maior grau de

dependência. Desta forma, os domicílios multigeracionais, antes de serem uma opção de bem-estar ou humanitária, podem ser simplesmente um arranjo de sobrevivência, capaz, muitas vezes, de se contrapor às vantagens que teoricamente teria a vida em família.

**Tabela 10 – Como vivem os idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| <b>COMO VIVEM OS IDOSOS</b>                             | <b>N.º</b> | <b>%</b> |
|---|------------|----------|
| <b>Quanto à propriedade</b>                             |            |          |
| Própria   | 97         | 97,9     |
| Alugada   | 1          | 1,0      |
| Cedida  | 1          | 1,0      |
|   | 99         | 100      |
| <b>Tipo de casa</b>                                     |            |          |
| Sobrado   | 17         | 17,8     |
| Térrea de alvenaria                                     | 78         | 82,1     |
| Taipa   | 0          | 0,0      |
|   | 95         | 100      |
| <b>Quantas pessoas vivem na casa além do Senhor (a)</b> |            |          |
| Sozinho   | 15         | 15,1     |
| 1 (uma) pessoa  | 17         | 17,1     |
| 2 (duas) pessoas  | 18         | 18,1     |
| 3 (três) pessoas  | 24         | 24,2     |
| 4 (quatro) pessoas                                      | 10         | 10,1     |
| 5 (cinco) pessoas                                       | 4          | 4,0      |
| 6 a 10 (seis a dez) pessoas                             | 8          | 8,0      |
| 11(onze) ou mais pessoas                                | 3          | 3,0      |
|   | 99         | 100      |
| <b>Geração Familiar</b>                                 |            |          |
| Domicílio de uma Geração                                | 11         | 11,1     |
| Domicílio de duas Gerações                              | 45         | 45,4     |
| Domicílio de três Gerações                              | 22         | 22,2     |
| Domicílio de quatro Gerações                            | 6          | 6,0      |
| Sozinho (a)   | 15         | 15,1     |
|   | 99         | 100      |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

No Brasil, em duas décadas, de 1992 a 2012, a população de idosos morando sozinhos triplicou, passando de 1,1 milhão para 3,7 milhões, significando um aumento de 215%. Segundo o IBGE (2013), a queda da fecundidade e o envelhecimento populacional

contribuíram para que o percentual de pessoas que viviam sozinhas (arranjos unipessoais) atingisse 14,8%. Esse valor corresponde a 42,3% das pessoas que moram sozinhas no Brasil. Entre as várias hipóteses para explicar essa tendência, podemos mencionar, também, a feminização do envelhecimento, já que 65% dos idosos que moram sozinhos são mulheres. A população de idosos morando sozinhos na Comunidade do Dendê chega a 16,1%. Deste percentual, 81,2% correspondem a mulheres.

O aumento do número de idosos morando sozinhos não se justifica apenas pela longevidade que estão alcançando, pois uma parte deles tem vida saudável. Ter saúde no universo da velhice está diretamente ligado ao idoso ter a capacidade de determinar e executar os próprios desígnios, ou seja, ter autonomia. Além disso, o longo tempo deve preservar a habilidade em executar, de forma autônoma e independente, as Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)<sup>7</sup> e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)<sup>8</sup>, que são dependentes de habilidades físicas e mentais, ou seja, necessitam ter capacidade funcional (BRASIL, 2006). Portanto, em alguns casos, há idosos cuidando da própria vida e pouco dispostos a abrir mão da liberdade e da independência em nome de uma vida “mais segura”, porém, muitas vezes menos confortável, seja ao lado de familiares ou em instituições de longa permanência. Por outro lado, alguns idosos não têm a opção de morar sozinhos. Eles experimentam alguma fragilidade, doenças, dependência, onde há a necessidade de um cuidador, sendo, nestas ocasiões, a família a principal fonte de cuidados, seja por terem responsabilidade culturalmente definida ou vínculo afetivo.

---

<sup>7</sup> Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) é um instrumento utilizado para avaliar a independência no desempenho de funções básicas como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. O mais utilizado é Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz, sendo fundamental para determinar não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio (BRASIL, 2006, p. 145).

<sup>8</sup> Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) é um instrumento utilizado para avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. Um dos instrumentos utilizados é a Escala de Lawton, e está relacionada ao desempenho de funções como: usar o telefone; conseguir ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais; fazer compras; preparar suas próprias refeições e a conseguir arrumar a casa (BRASIL, 2006, p. 147).

### 5.1.3. Estado de saúde

Neste tópico, optamos por abordar o “estado de saúde” dos idosos do Dendê em três momentos: o primeiro cuida da autoavaliação de saúde e das doenças crônicas não transmissíveis. No segundo momento, serão abordados os fatores de risco para essas doenças crônicas e, na última parte, vamos tratar de outros problemas de saúde, como queda, dor articular, dificuldade de ouvir e enxergar; e do uso de medicamentos pelos longevos.

#### 5.1.3.1 Autoavaliação de saúde e doenças crônicas não transmissíveis

Quanto à classificação do estado de saúde dos idosos do Dendê, 21,4% consideravam sua saúde boa (tabela 11). A autoavaliação de saúde capta, além da exposição a doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que elas produzem no bem-estar físico, mental e social das pessoas.

**Tabela 11 – Autoavaliação de saúde dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE                                       | N.º | %    |
|--|-----|------|
| <b>Autoavaliação de saúde</b>                                |     |      |
| Excelente  | 2   | 2,0  |
| Muito boa  | 4   | 4,0  |
| Boa  | 21  | 21,4 |
| Regular  | 63  | 64,2 |
| Ruim   | 8   | 8,1  |
|  | 98  | 100  |
| <b>Comparando sua saúde de hoje com 12 meses atrás</b>       |     |      |
| Melhor   | 13  | 13,5 |
| Igual  | 48  | 50,0 |
| Pior   | 35  | 36,4 |
|  | 96  | 100  |
| <b>Comparando sua saúde a de outras pessoas da sua idade</b> |     |      |
| Melhor   | 49  | 52,1 |
| Igual  | 34  | 36,1 |
| Pior   | 11  | 11,7 |
|  | 94  | 100  |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Ainda em relação ao estado de saúde dos idosos do Dendê, a maioria dos entrevistados, 64,2% dos longevos, relatou saúde regular. Somente 8,1% dos idosos referiram sua saúde como ruim (tabela 11). Segundo os dados do Vigitel Brasil - 2012, a frequência de adultos que avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim em Fortaleza, ficou em 4,5%, sendo 3,5% na população masculina e 5,3% na feminina. A autoavaliação de saúde é considerada um indicador válido também relevante do estado de saúde de pessoas e de populações, estando fortemente relacionado a medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso de mortalidade, independentemente de outros fatores (BRASIL, 2013). Os idosos do Dendê, quando avaliavam a evolução da sua saúde com o ano anterior, 63,5% acreditavam estar igual ou melhor do que há 12 meses. Quando, porém, comparavam sua saúde a de outras pessoas da sua idade, 88,2% dos idosos referiram ter uma saúde igual, ou melhor, do que um longo vivo da mesma idade (tabela 11).

Ainda sobre autoavaliação, foram abordados alguns dados importantes não demonstrados na tabela. Dos 27 idosos avaliados que relataram seu estado de saúde atual como bom, muito bom ou excelente, somente 3,7% asseverava que sua saúde se mostra pior quando comparado a um ano atrás; no entanto, dos 63 idosos que relataram seu estado de saúde atual como regular, 47,6% relataram que sua saúde está pior quando comparada há um ano. Por outro lado, quando a comparação era relacionada a outras pessoas da sua idade, mesmo os 35 idosos que referiram estar com uma saúde pior do que há 12 meses, quando têm sua saúde comparada com a saúde de outros idosos da sua idade, 45,7% relataram estar com a saúde melhor. Segundo Vitta (2001), níveis altos de saúde percebidos no envelhecimento não se justificam simplesmente pela ausência de doenças e de incapacidades, mas sim pela ausência de danos agudos ou pela capacidade de avaliar positivamente a própria saúde comparada à saúde de outras pessoas da mesma idade. Trata-se, talvez, de um mecanismo de adaptação, mediante o qual a pessoa mantém a autoestima.

Para Ferreira et al (2009), o fenômeno de envelhecer não determina autoavaliação negativa, mesmo com a prevalência de condições crônicas de saúde. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde mundial e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda, ou seja, sua morbimortalidade é maior na população mais pobre. Corroborando isso, os dados da mortalidade por DCNT, que, apesar de vir diminuindo em todas as regiões, continuam maiores no Norte e o Nordeste, regiões mais pobres do Brasil, segundo dados do ano de 2007 (SCHMIDT et al, 2011).

De acordo com a OMS (WHO, 2005) consoante citado por Freitas e Garcia (2012), o perfil sanitário mundial está se alterando rapidamente em especial nos países em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre a natureza das doenças crônicas não transmissíveis, sua ocorrência, seus fatores de risco e populações sob risco também estão em transformação. As DCNT enseja elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, com aumento das iniquidades e da pobreza (BRASIL, 2011). As doenças crônicas são muito prevalentes, multifatoriais, com a coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo das pessoas, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

De acordo com Schmidt et al (2011), um estudo sobre carga de doença no Brasil, utilizando estatísticas de 1998, apontou que as doenças crônicas foram responsáveis por 66% de *Disabilityadjusted Life Years* - DALYs – (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade). Segundo esse estudo, dentre as doenças crônicas, destacam-se os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as enfermidades cardiovasculares (13%), as moléstias respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e o diabetes (5%).

Abordaremos a seguir algumas das principais doenças crônicas não transmissíveis que acometem a Comunidade do Dendê, dentre elas: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, que foram responsáveis por 58% das mortes no Brasil em 2007. Atualmente, doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes representam um importante problema de Saúde Pública para o Brasil. No Dendê, não seria diferente, por isso, o levantamento de dados e análise sobre essas doenças são de fundamental importância. Neste estudo, foi perguntado se algum médico já havia diagnosticado e informado o idoso entrevistado sobre essas doenças crônicas em questão. Essas informações foram autorreferidas e vinculadas à realização de diagnóstico por profissional da saúde. Estamos ciente de que as frequências estimadas dessa maneira são influenciadas pela cobertura da assistência a saúde existente nessa área, podendo, assim, subestimar, em maior ou menor grau, a prevalência real da doença na população. A Comunidade do Dendê, no entanto, tem uma peculiaridade que poderia garantir maior acesso dessa população a uma melhor cobertura da assistência à saúde. Essa população é constantemente visitada e assistida por profissionais de saúde, professores e alunos, que fazem parte da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, vizinha dessa Comunidade. Dessa forma, é esperado que a frequência

de casos diagnosticados se aproximasse um pouco da prevalência real. Portanto, esses dados fornecem informações úteis para avaliar a demanda por cuidados de saúde originada por essas doenças crônicas.

Dos idosos entrevistados no Dendê, depreendemos que 65,3% tinham **hipertensão arterial** (tabela 12). Destes, 70,3% referiram tomar algum medicamento para controlar a pressão arterial, e 94,5% referiram que sua pressão arterial geralmente está controlada. Segundo Borelli et al (2008), a hipertensão arterial, doença cardiovascular de alta prevalência, acomete mais de 60% da população formada por pessoas com 60 anos ou mais, havendo maior envolvimento naqueles da etnia negra e do sexo feminino.

**Tabela 12 – Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| <b>DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS</b> |     |      |     |      |       |     |
|--|-----|------|-----|------|-------|-----|
| Doenças Crônicas Não Transmissíveis        |     |      |     |      |       |     |
|  | Sim |      | Não |      | Total |     |
|  | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Hipertensão Arterial                       | 64  | 65,3 | 34  | 34,6 | 98    | 100 |
| Diabetes Mellitus                          | 28  | 28,8 | 69  | 71,1 | 97    | 100 |
| AVC  | 6   | 6,1  | 92  | 93,8 | 98    | 100 |
| Infarto                                    | 9   | 9,1  | 89  | 90,8 | 98    | 100 |
| Câncer                                     | 2   | 2,0  | 96  | 97,9 | 98    | 100 |
| Asma                                       | 13  | 13,2 | 85  | 86,7 | 98    | 100 |
| Osteoporose                                | 23  | 23,9 | 73  | 76,0 | 96    | 100 |
| Ansiedade / Depressão                      | 16  | 16,3 | 82  | 83,6 | 98    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

A elevação da pressão arterial representa fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Além disso, exprime custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes, principalmente, das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Observando os dados do sistema de monitoramento / vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico

– Vigitel<sup>9</sup> 2012, o percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que refere diagnóstico médico de hipertensão arterial, em Fortaleza, é de 20,8%. Se observarmos essa prevalência por idade, no Brasil, temos de 55 a 64 anos, 50%, e de 65 ou mais anos, chega a 59,2% de hipertensos (BRASIL, 2013). Segundo as Sociedades Brasileiras de Hipertensão Arterial, Cardiologia e Nefrologia (2010), em nosso País e no mundo, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte.

Dentre as doenças crônicas, o **Diabetes Mellitus** é uma das que mais avança e entre a população mundial. O diabetes do tipo 2, mais comum, incidente em mais de 90% dos casos, tem relação significativa com a genética, com o envelhecimento, o excesso de peso e o sedentarismo. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2011), estudos mostram que o diabetes acomete 18% dos idosos e que 50% dos portadores de diabetes do tipo 2 registram mais de 60 anos de idade. Além disso, o diabetes em idosos está relacionado a um risco maior de morte prematura, a maior associação com outras comorbidades e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas. Em relação aos idosos diabéticos da Comunidade do Dendê, 28,8% afirmaram terem sido diagnosticados da doença (tabela 12). Destes, 96,4% referem fazer uso de medicação por via oral para controlar a doença e, apenas 1 (3,5%), refere fazer uso de medicação injetável, insulina, para controlar a doença. Em relação ao controle da diabetes, 96,4% relatam que a glicemia, geralmente, está controlada. A frequência de adultos que referiram diagnóstico médico prévio de diabetes no Vigitel - 2012 em Fortaleza foi de 6,7%. O percentual de diabéticos segundo a idade no Brasil, de 55 a 64 anos, temos 18,5% e, de 65 anos ou mais, temos 22,9%. Nestes dados, podemos ver que o percentual de diabéticos na Comunidade do Dendê está acima do percentual encontrado no Brasil (BRASIL, 2013).

Tanto a pessoa com hipertensão arterial como com o diabetes, expressa um risco aumentado de ter um acidente vascular cerebral (AVC). A hipertensão arterial é o principal fator de risco para o AVC, tanto isquêmico quanto hemorrágico. Os hipertensos têm de quatro

---

<sup>9</sup> O sistema VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico fazem parte de ações do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, como o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade. O Vigitel tem periodicidade anual e teve início em 2006. Por meio da vigilância em saúde é possível monitorar e analisar o perfil das doenças e de seus fatores determinantes e condicionantes, bem como detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, contribuindo também para o planejamento de ações na área de saúde (VIGITEL, 2012).

a seis vezes mais chance de ter um AVC, do que não hipertensos. Os diabéticos também exprimem um risco maior de um AVC, quando comparados a não diabéticos, independentemente de outros fatores de risco. De maneira geral, o risco de doença cardiovascular, incluindo o AVC, é cerca de duas vezes e meia maior em diabéticos do que em pacientes sem diabetes.

O **acidente vascular cerebral (AVC)**, popularmente chamado de derrame, atinge 16 milhões de pessoas no mundo a cada ano. Destes, seis milhões morrem. Segundo as projeções, sem intervenção, o número de mortes por AVC aumentará para 7,8 milhões em 2030 (PEREIRA et al, 2009). Consoante Cabral (2008), no entanto, 85% dos óbitos ocorrem em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento. No Brasil, a doença representa a primeira causa de morte e incapacidade, ensejando grande impacto econômico e social. A cada ano, são registrados cerca de 90 mil óbitos por doenças cerebrovasculares. Em 2008, entretanto o SUS registrou cerca de 200 mil internações por AVC, com custo de aproximadamente 270 milhões para os cofres públicos. Esses dados apontam haver um grande número de subnotificação. Por isso, em 2013, o Ceará foi pioneiro em implantar a notificação obrigatória do AVC. No *Relatório sobre a Situação de Saúde no Estado* (CEARÁ, 2011), as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de falecimento no ano de 2009, responsável por 30,2% do total, principalmente em idosos, (82%), em ambos os sexos.

Na Comunidade do Dendê, 6,1% dos idosos referiram ter tido AVC (tabela 12). A prevalência na população total é estimada de 0,5% a 0,7% (MINELLI; FEN; MINELLI, 2007). O AVC é a maior causa de incapacitação da população na faixa etária superior a 50 anos, sendo responsável por 10% do total de óbitos, 32,6% das mortes com causas vasculares e 40% das aposentadorias precoces no Brasil (ABRAMCZUK; VILLELA, 2009). Além de elevada mortalidade, a maioria dos sobreviventes porta sequelas, com limitação da atividade física e intelectual e elevado custo social. De acordo com o Ministério da Saúde, 90% dos casos de AVC podem ser evitados, por isso, o combate à doença deve ter foco na prevenção (BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares representam um conjunto de moléstias que afetam o aparelho cardiovascular e os vasos sanguíneos. Entre as doenças, a que se destaca é o **infarto** do miocárdio, pela alta mortalidade. O infarto é o resultado de morte de células do músculo cardíaco, em virtude de redução ou interrupção do fornecimento de oxigênio, causada pela obstrução de uma ou mais artérias que nutrem o coração. O infarto, apesar de ser um evento agudo, tem como principal causa a aterosclerose, que é um evento crônico, o depósito de

gordura, colesterol ou cálcio nas paredes das artérias, formando placas duras e gordurosas, que aumentam progressivamente de tamanho, tornando mais difícil a passagem do sangue para o coração. Um percentual de 9,1% dos longevos do Dendê referiram ter tido infarto (tabela 12). A possibilidade de infarto aumenta com a idade. De acordo com Vigitel - 2008, o percentual de beneficiários de planos de saúde que referem diagnóstico médico de doenças do coração por idade foi de 8,7%, de 55 a 64 anos, e de 9,8%, com 65 e mais anos. Em Fortaleza, o percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com doenças do coração foi de 1,7%, sendo 2,4% em homens e 1,2% em mulheres (BRASIL, 2009). A doença isquêmica é a maior causa de mortalidade mundial, e a maioria das mortes ocorre em pacientes com idade acima de 65 anos. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, e a OMS prevê um grande aumento global durante a próxima década (PELLANDA, 2011).

No panorama atual, a situação de saúde no Brasil é influenciada por dois fatores importantes: o envelhecimento populacional e uma transição no cenário epidemiológico brasileiro. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (MINAS GERAIS, 2006). As doenças crônicas atingem pessoas de todas as camadas socioeconômicas, mas, principalmente, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda, conforme é a população do Dendê. A elevação da incidência de condições crônicas ocorre principalmente entre os longevos, dentre elas, uma das mais temidas doenças crônicas não transmissíveis é o câncer, embora denote possibilidade de cura, quando diagnosticado precocemente.

A incidência de **câncer** cresce em todo o mundo e, no Brasil, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. É um resultado direto das transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos pela urbanização acelerada, novos modos de vida, novos padrões de consumo (BRASIL, 2006). Segundo Soares et al (2010), a incidência de câncer aumenta consideravelmente com a idade, muito provavelmente porque, com o avançar dos anos, acumulam-se fatores de risco de tipos específicos de câncer. Além disso, associa-se a tendência a uma menor eficácia dos mecanismos de reparação celular no idoso.

Cerca de 2/3 dos cânceres têm como causa fatores ligados ao meio ambiente, ao estilo de vida e à exposição repetida aos carcinógenos. O principal fator de risco, todavia, isoladamente, para desenvolver o câncer, é a idade. A prevalência de câncer no idoso aumenta na mesma proporção em que as pessoas estão envelhecendo. Na Comunidade do Dendê,

somente 2% dos idosos referiram ter tido câncer (tabela 12). Muitos longevos podem ter a doença e não sabem, seja por desinformação, pela recusa de realizar exames ou, provavelmente, falta de acesso aos mecanismos de confirmação, desde uma consulta da Atenção Primária à consulta especializada com o oncologista, ou a realização de exames complementares. Dessa forma, diminui consideravelmente a chance de cura, já que a descoberta precoce é decisiva para que se alcance 95% de sucesso.

Por outro lado, não temos dados para afirmar o número de idosos do Dendê que morreram vítima do câncer nos últimos anos. Sabe-se que essa doença se revela importante causa de morbimortalidade em pessoas com 60 ou mais anos, sendo registrado para o Ceará, entre a segunda e terceira causa de morte. Transpondo a assistência, a Atenção Básica deve abordar temas de prevenção primária, que incluem: cuidados com a exposição solar, dieta saudável, atividade física regular, limitar ingestão de álcool, evitar o tabagismo, fazer controle do peso corporal e prevenir doenças infecciosas, especialmente DST. Somente investindo em programas de prevenção e diagnóstico precoce das neoplasias, pode-se esperar, em longo prazo, um declínio considerável das mortes.

Ainda sobre doenças crônicas, abordaremos a **asma**, considerada como uma das doenças respiratórias crônicas mais comuns. Estima-se que, no Brasil, existam aproximadamente 20 milhões de asmáticos, se for considerada uma prevalência global de 10%. A asma no idoso é comum, porém subdiagnosticada, em virtude de má percepção e de subvalorização dos sintomas por parte dos pacientes e dos médicos, respectivamente (SBPT, 2012). A prevalência da asma na população acima de 60 anos é de 4,5 a 8%, sendo a mortalidade maior nessa faixa etária (BRASIL, 2010).

Na Comunidade do Dendê, 13,2% dos longevos referiram ter asma (tabela 12), número acima da prevalência em idosos brasileiros. É possível, entretanto, idosos que se acreditam portadores de doença, sem a terem. Isso é possível, porque o diagnóstico diferencial da asma é amplo, particularmente em idosos. Muitos fatores podem tornar mais difícil o diagnóstico na longevidade, dentre eles: 1 sintomas não específicos também referidos por outras doenças (p. ex. doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, insuficiência cardíaca congestiva - ICC); 2 outras doenças mimetizando os sintomas da asma (p. ex., embolia pulmonar, refluxo gastroesofágico, obstrução endobrônquica e de vias respiratórias altas etc.); 3 dificuldades na distinção entre asma e DPOC, principalmente em fumantes e ex-fumantes; 4 menor percepção da dispneia pelo idoso e conseqüente retardo na procura de cuidados

médicos; 5 declínio significativo da função cognitiva; e 6 achar que todos os sintomas estão relacionados à velhice (TELLES FILHO, 2010).

Na compreensão de Pecher (2007), a asma brônquica no idoso pode ser extrínseca (recorrente, com início na idade jovem, persistente ou que reaparece quando idosos) e intrínseca (de início tardio, após os 60 anos de idade). Os longevos asmáticos denotam maior número e tempo de internações em unidades de tratamento intensivo (UTI) e exprimem maior risco de morte. Apesar de o tratamento ser igual ao de outras faixas etárias, há evidências de que esses pacientes recebem um tratamento inadequado, seja porque trazem comorbidades; baixa adesão ao tratamento; limitação física; e dificuldade no uso de alguns dispositivos inalatórios. Portanto, é fundamental verificar as técnicas inalatórias, adesão ao tratamento e indicar vacina anual anti-influenza e, a cada cinco anos, vacina antipneumocócica.

Outra doença crônica importante e que possui grande impacto na qualidade de vida dos idosos é a **osteoporose**. Caracterizada por baixa densidade mineral óssea e degeneração da microarquitetura dos ossos, o que aumenta a fragilidade óssea e o risco de fratura. A maior perda óssea ocorre nas mulheres durante a perimenopausa e está associada com a insuficiência de estrógenos que ocorre na menopausa. A osteoporose é ordinariamente subdiagnosticada e permanece assintomática até a ocorrência de fraturas (WHO, 2003). No Brasil, o número de estudos sobre sua prevalência é pequeno, embora seja a doença osteometabólica mais comum. Segundo o Vigitel 2008, citando Camargo et al (2005), um estudo desenvolvido em São Paulo, junto a 301 idosos com 70 ou mais anos de idade, mostrou de 22 a 33% de osteoporose entre as mulheres e de 6 a 16% entre os homens. No Brasil, o percentual de adultos beneficiários de planos de saúde que referem diagnóstico médico de osteoporose das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, segundo idade, na faixa etária de 55 a 64 anos, foi de 12,3%, sendo 3,2% em homens e 19,8% em mulheres. Nos idosos com 65 anos ou mais, a prevalência foi de 25,3%, sendo 8% em homens e 36,3% em mulheres. Em Fortaleza, a prevalência de adultos com osteoporose foi de 8,0%, sendo de 2,7% no sexo masculino e 12,3% no feminino (BRASIL, 2009).

Entre os idosos do Dendê, 23 (23,9%) referiram ter osteoporose (tabela 12). Destes, 86,9% eram mulheres, 52,1% estavam na faixa etária de 60 a 69 anos, 39,1% no intervalo de idade de 70 a 79 anos e 8,6%, de 80 a 89 anos. A maioria referia sua saúde como regular (69,5%) e ruim (17,3%); não praticavam atividade física (52,1%); estavam bem nutridos (85,7%); não faziam uso de bebidas alcoólicas e nenhum fumava. Além disso, 73,9% negaram ter tido quedas no último ano, porém 13% referiram uma queda, 8,6% referiram duas

quedas e 4,3% de três a cinco quedas. Os idosos com osteoporose e história de quedas requerem mais cuidados, já que a ocorrência de fraturas pode acarretar perda da qualidade de vida e mesmo a morte, tornando-se de fundamental importância a prevenção e o tratamento dessa condição.

Ainda avaliando as doenças crônicas que acometem os idosos do Dendê, trataremos a seguir dos transtornos mentais, da **depressão e ansiedade**. Segundo o Vigitel - 2008, o Ministério da Saúde estima que 3% da população total sofre com transtornos mentais severos e persistentes e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental (BRASIL, 2009). A depressão acomete 1 a 2% dos idosos em geral, mas entre as pessoas que frequentam centros de saúde, pode chegar a 10 a 12% dos casos. Essa prevalência pode ser bem maior em instituições de longa permanência. Além disso, a depressão que se mostra apenas com alguns sintomas (subsindrômica) pode atingir um quarto dos idosos do Brasil. Muitas vezes, por apontar sintomas discretos, a depressão pode ser confundida com outras doenças ou ser considerada erroneamente como um aspecto habitual do envelhecimento. Por outro lado, pode piorar o prognóstico de outras doenças por interferir na qualidade do autocuidado. Esses idosos depressivos utilizam mais os serviços de saúde e consomem mais medicamentos (CHAIMOWICZ, 2013).

A depressão geriátrica ocorre com frequência, mesmo na população residente na comunidade. Vários fatores de risco associados estão descritos, tanto em estudos de coorte transversal quanto em ensaios prospectivos. Os pesquisadores Pinho, Custódio e Makdisse (2009) realizaram uma revisão da literatura sobre a incidência de depressão geriátrica e os fatores de risco associados em idosos residentes na comunidade. Para os autores, os preditores de depressão identificados em idosos vivendo na comunidade foram: sexo feminino, idade avançada, condição marital, baixa escolaridade, situação socioeconômica desfavorável, condições de moradia, baixo suporte social, existência de eventos de vida estressores, histórico psiquiátrico prévio, comorbidades psiquiátricas, características de personalidade, distúrbios do sono, défices cognitivos, doenças crônicas e agudas, comorbidades orgânicas, gravidade da doença, limitação funcional e dor.

O Vigitel 2008 avaliou a frequência de adultos beneficiários de plano de saúde que referem ter necessitado de atendimento de saúde mental, verificando que as mulheres referem mais necessidade de atendimento em saúde mental do que homens, e não varia com a idade. Em Fortaleza, o percentual foi de 13%, sendo 7,5% masculino e 17,4% feminino (BRASIL, 2009). Na Comunidade do Dendê, 16,3% referiram ter transtorno de

depressão/ansiedade (tabela 12). Nessa população, encontramos 62,5% idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, 25% na faixa de 70 a 79 anos e 12,5% de 80 a 89 anos; 81,2% são mulheres; 56,2% casados, sendo 31,2% viúvos; metade são católicos e outra metade evangélicos; 53,4% não sabem ler ou escrever um recado; 56,2% idosos têm renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos, porém 37,5% têm renda familiar inferior a 1 salário-mínimo; 50% moram na casa com uma a duas pessoas, sendo que 25% moram sozinhos. Em relação à saúde, os idosos que referiram ter transtornos mentais no Dendê, 75% idosos referem sua saúde como regular; 68,7% longevos não praticam atividade física; 12,5% fazem uso de álcool e nenhum fuma. Em relação às medicações utilizadas, 81,2% utilizam medicações prescritas por médicos; 18,7% praticam automedicação; 31,2% tomam de 5 a 10 medicamentos e 18,7% tomam mais de 10 medicamentos. A dificuldade auditiva ou visual interfere diretamente na comunicação e nas relações sociais. No Dendê, 50% dos idosos referiram dificuldade para ouvir e 81,2% dificuldade de ver.

#### *5.1.3.2 Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis*

Abordaremos agora o tabagismo, uso de álcool, inatividade física, nutrição e a dislipidemia, importantes fatores de risco compartilhados por algumas DCNT. Inicialmente, trataremos do **tabagismo**. A epidemia tabágica afeta todos os cinco continentes. Estima-se que cerca de 1,3 bilhão de pessoas seja fumante (BRASIL, 2012). O tabagismo é reconhecidamente uma doença crônica, resultante da dependência à droga nicotina, e um fator de risco para cerca de 50 doenças. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2013), cerca de 6 milhões de pessoas morrem no mundo por ano em decorrência do uso do cigarro. Além da mortalidade, o hábito de fumar está associado com o desenvolvimento de várias doenças e condições crônicas, principalmente neoplasias, patologias do aparelho respiratório e moléstias cardiovasculares (GOULART et al, 2010), de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis (WHO, 2011b, citado por BRASIL, 2013).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - 2012, em relação à mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, o maior decréscimo se deu nas doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, cujos fatores prováveis para esse resultado são relativos à diminuição da prevalência de tabagismo e maior acesso a cuidados

médicos (IBGE, 2013). A prevalência do tabagismo vem caindo nas últimas duas décadas. Em 1989, cerca de 30% da população brasileira de 15 anos ou mais eram fumantes. Os dados do Vigitel 2012, no entanto, revelaram o percentual de fumantes no Brasil, acima de 18 anos de idade de 12,1%, tendendo a ser menor antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos. Em Fortaleza, esse percentual atingiu 8,8% (BRASIL, 2013).

A maior parte dos estudos sobre tabagismo conduzidos no Brasil e no Exterior dá pouco destaque a este tema entre idosos. Os longevos ainda fumantes fazem parte do grupo que conseguiu sobreviver às taxas excessivas das mortes prematuras provocadas pelo tabaco, e tendem a ser pouco motivados a parar de fumar, subestimando os próprios riscos e considerando-se relativamente imunes aos prejuízos causados pelo cigarro. Além disso, algumas vezes, profissionais de saúde não estimulam a cessação, pois, como já têm uma idade "avançada", não querem privá-lo de uma fonte de prazer (ZAITUNE et al, 2012).

Em relação à prevalência de fumantes idosos no Brasil, de acordo com Goulart et al (2010), pesquisas realizadas nos anos de 1989 (Pesquisa Nacional sobre Saúde) e 2003 (Pesquisa Mundial de Saúde) demonstraram um percentual em 1989 de 26,04%, e em 2003, uma redução para 15,4%. De acordo com o Vigitel 2012, no entanto, na faixa etária de 55 a 64 anos, o percentual de fumantes segundo a idade atingiu 15%, e de 65 a mais anos, 7,6% (BRASIL, 2013). Nos idosos com 60 ou mais anos da Comunidade do Dendê, esse percentual foi de 17,3% (tabela 13). Dos 17 idosos fumantes, 58,8% eram mulheres, 58,8% estavam na faixa etária de 60 a 69 anos e 41,1% de 70 a 79 anos, 52,9% eram viúvos, separados ou solteiros. Destacamos o fato de que, quando indagamos sobre sua saúde, dos 16 idosos que responderam, a maioria referiu estar regular ou mal, sendo 62,5% regular e 6,2% ruim. Além disso, dos 17 idosos fumantes, 70,5% referiram ter hipertensão arterial, 29,4% referiram ter diabetes e 17,6% relataram costumar consumir bebida alcoólica.

Entre longevos centenários, o tabagismo é por demais raro e, mesmo quando ocorre, está correlacionado a condições ruins de saúde e falta de autossuficiência, indicando que isto compromete o estado de saúde e a qualidade de vida, mesmo em pessoas de vida excessivamente longa. Na pesquisa realizada no Dendê, o idoso mais velho tinha 94 anos. O tabagismo desfavorece a longevidade, comprometendo não apenas a expectativa de vida, mas também a qualidade de vida. Várias pesquisas demonstram benefícios com a cessação do uso de cigarros, inclusive em idosos que já apresentam doenças relacionadas ao tabaco podem minimizar os prejuízos, uma vez que diminuem os riscos de desenvolvimento de novas comorbidades e melhorar o prognóstico das doenças já em curso, promovendo melhora da

qualidade de vida dos idosos. Além disso, estima-se que o tabagismo produz um prejuízo de pelo menos 338 milhões de reais ao Sistema Público de Saúde do Brasil. Anualmente, o cigarro compromete cerca de 15% do orçamento de mais da metade dos fumantes com renda mensal de até dois salários-mínimos (ZAITUNE et al, 2012).

**Tabela 13 – Fatores de risco para DCNT na Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| FATORES DE RISCO              |     |      |     |      |       |     |
|-------------------------------|-----|------|-----|------|-------|-----|
| Fatores de Risco              | Sim |      | Não |      | Total |     |
|                               | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Tabagismo                     | 17  | 17,3 | 81  | 82,6 | 98    | 100 |
| Tabagismo Passivo             | 24  | 24,7 | 73  | 75,2 | 97    | 100 |
| Consumo de bebidas alcóolicas | 12  | 12,5 | 84  | 87,5 | 96    | 100 |
| Inatividade Física            | 57  | 58,1 | 41  | 41,8 | 98    | 100 |
| Nutrição deficiente           | 18  | 19,3 | 75  | 80,6 | 93    | 100 |
| Dislipidemia                  | 32  | 33,6 | 63  | 66,3 | 95    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

A terceira causa de morte evitável no mundo é o **tabagismo passivo**. Segundo o Vigitel - 2012, a condição de fumante passivo no domicílio foi atribuída a toda pessoa não fumante que informou que pelo menos um dos moradores do domicílio tem o hábito de fumar dentro de casa. O percentual da população de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes em Fortaleza foi de 8,8%. Em relação aos fumantes passivos, o percentual chegou a 12,8%. Quando avaliamos os fumantes passivos, por idade, observamos que, na faixa-etária de 55 a 64 anos, o percentual foi de 8,3%; e de 65 e mais anos chegou a 9%, sendo maior entre mulheres do que entre homens (BRASIL, 2013). Como podemos observar na tabela 14, temos 24,7% fumantes passivos entre os longevos da Comunidade do Dendê. Destes, 66,6% são mulheres; 58,3% estão na faixa etária de 60 a 69 anos, enquanto 8,3% estão na faixa etária de 80 a 89 anos, não tendo nenhum acima dessa idade; a maioria (54,1%) vive casada legalmente e 16,6% vivem em união estável.

Ao respirar a fumaça do cigarro, os não *fumantes* correm o risco de ter as *mesmas doenças* que o *fumante*. Na população, de uma forma geral, o tabagismo passivo é negligenciado, principalmente entre idosos que, não esclarecidos pelos profissionais de saúde, deixam de evitá-lo. Por se tratar de um hábito crônico, o idoso está menos propenso a

abandonar o tabagismo do que os pacientes mais jovens. De acordo com alguns estudos, os fumantes idosos denotam menor intenção em abandonar o cigarro se comparados aos jovens; no entanto, expressam maior probabilidade de sucesso quando tentam parar de fumar.

Tanto o tabagismo como o alcoolismo são fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da DCNT. Segundo UNODC (2008), citado por Brasil (2010, p. 104), em relação ao **consumo de bebidas alcoólicas**, quase 2 bilhões de pessoas no mundo fazem uso. É a causa atribuível de 3,8% das mortes e 4,6% dos casos de doenças em todo o mundo, tendo sido apontado como agente de mais de 60 tipos de doenças (BRASIL, 2010). O consumo excessivo de álcool pode provocar disfunções como violência, suicídio e acidentes de trânsito, causar dependência química e outros problemas de saúde, como cirrose, pancreatite, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto e certos tipos de cânceres (BRASIL, 2004). Além disso, a dependência de álcool está associada a vários transtornos psiquiátricos, inclusive, aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio.

Os efeitos do álcool ultrapassam as consequências de saúde de quem bebe, na realidade, enseja um conjunto de custos sociais, resultando em uma perda significativa dos Anos Potenciais de Vida Perdidos Ajustados para Incapacidades (DALYs), chegando a 4% das DALYs em todo o mundo, porém, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, pode chegar a 6,2% (ANS, 2011). Mesmo considerando esses fatos, o consumo do álcool é admitido e incentivado pela sociedade. Inclusive, aumentou nas últimas décadas, principalmente nos países subdesenvolvidos, revelando a importância de estudos sobre o comportamento dessa droga.

Em relação aos longevos, há poucos estudos na literatura mundial que tratam do consumo de álcool por idosos. Segundo Senger et al (2011), alguns estudos epidemiológicos apontam que cerca de um terço dos longevos começa a fazer uso do álcool tardiamente. Apesar de comuns, os problemas relacionados ao abuso do álcool em idosos são pouco reconhecidos, sendo denominados por alguns autores de "epidemia invisível". Além disso, as pesquisadoras relatam que os estudos realizados em amostras clínicas evidenciaram um aumento significativo do uso de álcool na população idosa.

No Brasil, segundo o Vigitel – 2012, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas por adultos nos últimos 30 dias foi de 18,4%, sendo quase três vezes maior em homens. Ainda, de acordo com Vigitel 2012, quando avaliamos por idade, a faixa etária de 55 a 64 anos foi de 11,9% e, de 65 ou mais anos, foi de 4% (BRASIL, 2013). Na Comunidade do

Dendê, 12,5% dos idosos referiram costumar consumir bebidas alcoólicas (tabela 13). Destes, 75% idosos são homens; 75% são casados ou vivem em união estável; 16,6% são viúvos e 8,3% solteiros; 58,3% estão na faixa etária de 60 a 69 anos, 33,3% na faixa de 70 a 79 anos, 8,3% estão na faixa de 90 a 99 anos; 66,6% referiram saber ler e escrever um recado. Além disso, apesar da maioria desses idosos, 66,6% considerarem que sua saúde se encontra de boa e excelente, 58,3% idosos são hipertensos, 16,6% são diabéticos, 25% têm hipercolesterolemia; 16,6% denotam ansiedade e/ou depressão e 16,6% já sofreram quedas.

De forma geral, os alcoolistas idosos constituem dois grupos de pacientes muito heterogêneos. O grupo dos alcoolistas idosos de início tardio, que iniciam em idades avançadas em resposta a eventos estressantes psicossociais, muitas vezes, têm de conviver com profundas mudanças na vida social e econômica, como aposentadoria, perda de amigos, solidão e isolamento social. Essas situações deixam os idosos vulneráveis e mais propensos à intensificação de hábitos menos saudáveis, como o consumo de cigarro e uso abusivo de álcool (SENGER et al, 2011); e o grupo dos alcoolistas idosos de início precoce, que se caracterizam por uma longa história de alcoolismo, mais alterações psicopatológicas, história familiar de alcoolismo mais frequente e casos de dependência mais graves.

Podemos observar a gravidade dos efeitos do uso abusivo do álcool nos dados expressos em Rigo (2005), onde a prevalência estimada de alcoolismo entre longevos é de 10% na comunidade, 14% nas urgências hospitalares, 18% nas internações em enfermarias e 23% a 44% em unidades psiquiátricas, sendo o problema mais comum entre homens. Na informação de Senger et al (2011), as pesquisas apontam que 6 a 11% dos pacientes idosos admitidos a hospitais gerais demonstram sintomas de dependência alcoólica. Em se tratando de um grave problema de saúde pública, a Política Nacional de Promoção da Saúde, desde 2006, traz como uma de suas prioridades para a promoção da saúde da população idosa a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.

De acordo com a OMS (2011), um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças decorrentes dessas enfermidades. Dentre esses fatores, se destacam o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e inatividade física (BRASIL, 2013). O sedentarismo, aliado a outros fatores de risco, pode ser causa de doenças cardiovasculares, além de diabetes, osteoporose, câncer de cólon, de pulmão e de próstata. Por outro lado, há várias evidências quanto aos efeitos benéficos da prática regular de atividade física: o aumento da força muscular, a melhora do condicionamento cardiorrespiratório, a redução de gordura, o

aumento da densidade óssea, a melhora do humor e da autoestima e a redução da ansiedade e da depressão (ZAITUNE, 2007). Além disso, é fundamental para dimensão social, à medida que melhora o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia daqueles que envelhecem.

De acordo com o Vigitel (2012) a capital Fortaleza tem um percentual de **inatividade física** de 16,5% nas pessoas adultas ( $\geq 18$  anos). Observando todas as capitais brasileiras avaliadas, o percentual de pessoas fisicamente inativas foi maior entre aqueles de 65 anos ou mais, para ambos os sexos. No conjunto da população adulta em relação a inatividade física, segundo a idade, encontramos: de 55 a 64 anos, 16,9%, sendo 18,9% masculina e 15,6% feminina. Quando avaliamos idosos de 65 e mais anos, esse valor sobe para 35,8%, sendo 33,0% masculino e 37,6% feminino (BRASIL, 2013). Na Comunidade do Dendê, os longevos foram questionados quanto à prática de exercício/atividades físicas regularmente nos últimos doze meses. Encontramos um percentual de 58,1% que estavam em inatividade física (tabela 13). Os sedentários eram em sua maioria mulheres (61,4%), pessoas casadas (52,6%), pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos (50,87%) e não sabiam ler e nem escrever um recado (57,8%). Em relação à saúde, 29,8% consideram sua saúde de boa a excelente, 57,8% regular e 12,2% ruim. Além disso, 8,9% faziam uso de álcool, 12,2% fumavam, 64,9% eram hipertensos, 21% diabéticos, 73,6% negavam quedas, 15,7% não faziam uso de medicação para dor, 63,1% referiam fazer uso raramente, enquanto que 10,5% admitiam fazer uso diariamente.

Além de prevenir DCNT, a atividade física beneficia o portador dessas doenças, na medida em que diminuem os riscos de novas comorbidades, e melhora o prognóstico das doenças já em curso, porém, do total de idosos hipertensos e diabéticos encontrados no Dendê, 57,8% dos hipertensos e 42,8% dos diabéticos são sedentários. De acordo com o Vigitel 2011, a inatividade física mata cerca de dois milhões de pessoas, e é responsável por 22% dos casos de doença isquêmica do coração. Além disso, acarreta um custo econômico para a pessoa, a família e a sociedade. Nos Estados Unidos, em 2000, foi responsável pelo gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos. Por outro lado, especialmente entre os idosos, é constatado o fato de que a prática de atividade física diminui o risco de institucionalização e o uso de serviços de saúde e de medicamentos (BRASIL, 2012).

Outro fator que pode estar envolvido na gênese de muitas doenças no idoso é a má alimentação, ou **nutrição deficiente**. Em geral, a maioria dos idosos conserva os hábitos de alimentação formados quando ainda eram mais jovens. O risco de desnutrição nessa faixa

etária, no entanto, é maior e pode estar associado a: acesso limitado a alimentos, dificuldades socioeconômicas, falta de informação sobre uma nutrição adequada, escolhas erradas de alimentos, deficiências cognitivas ou físicas, que interferem com a compra e preparo de alimentos, isolamento social, anorexia (falta de apetite), doenças e uso de medicamentos que interferem com a absorção e o metabolismo de nutrientes, e a falta de atividade física. Além disso, com o envelhecimento, o apetite, o paladar e o olfato diminuem, tornando a comida menos atraente. Outro problema é a perda de dentes, pois, segundo dados do Programa Brasil Sorridente, três a cada quatro idosos não possui nenhum dente funcional (BRASIL, 2008).

Entre a população de idosos avaliados no Dendê, 80,2% referiram realizar três refeições por dia, 17,7% duas e 2% uma refeição (dado não demonstrado em tabela). No concernente à nutrição, 19,3% referiram estar malnutridos (tabela 13). Destes idosos, 57,8% estão na faixa etária de 70 a 79 anos; 52,6% são mulheres; 68,4% são casados, 63,1% não sabem ler e escrever um recado, e 36,8% tinham renda familiar mensal de 1 a 2 salários-mínimos, enquanto os que recebiam de 3 a 4 salários-mínimos, representavam também 36,8%. Avaliando a saúde dos longevos que se referiam malnutridos, encontramos ainda 78,9% que referiam seu estado de saúde como regular e 10,5% mal; 57,8% eram hipertensos, 31,5% diabéticos, 47,3% praticavam atividade física, 36,8% referiam quedas, 42,1% referiam dislipidemia, 15,7% osteoporose, 10,5% fumavam e nenhum fazia uso de álcool. Quanto à utilização de medicações, 78,9% faziam uso de medicações prescritas por médicos, 42,1% referiam automedicação, enquanto 52,6% informavam tomar de 5 a 10 medicamentos, 10,5% tomavam mais de 10 medicações e somente 15,7% referiam não tomar medicações.

Na informação de Santos e Rezende (2006), a ingestão nutricional deficiente acarreta um estado nutricional inadequado e acelera os problemas de saúde previamente existentes. Por outro lado, existe correlação estreita da desnutrição com as DCNT. As dietas ricas em gordura (saturada) e sal, pobres em frutas e legumes/verduras, e que suprem uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas, combinadas ao sedentarismo, são os maiores fatores de risco de DCNT (WHO, 2005).

O experimento sob relatório investigou outros problemas de saúde nos idosos do Dendê, dentre estes, a **dislipidemia**, definida como distúrbio que eleva os níveis de lipídios (gorduras) no sangue. Colesterol e triglicérides estão incluídos nessas gorduras, que são importantes para que o corpo funcione, mas que em excesso é um dos fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. O risco de aterosclerose coronariana aumenta, significativamente, em pessoas com níveis de

colesterol total e LDL acima dos patamares da normalidade. Para colesterol HDL, a relação é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco. Os níveis de lipídios na corrente sanguínea estão associados ao hábito de praticar exercícios, de fumar, de ingerir bebidas alcoólicas, carboidratos e gorduras. Além disso, o Índice de Massa Corpórea - IMC e a idade influenciam as taxas de gordura sérica. Por outro lado, a atividade física aeróbica regular, como corrida e caminhada, constitui medida auxiliar para o controle da dislipidemia.

Notícia a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2011), que em 1998, foi conduzido um estudo de avaliação das taxas de colesterol total (CT) em nove capitais brasileiras com 8.045 pessoas, sendo observado o fato de que 38% dos homens e 42% das mulheres possuíam colesterol total acima de 200mg/dL e, comparativamente, os valores do CT foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas. Consoante Pereira et al (2008), na pesquisa de base populacional realizada em 15 capitais e Distrito Federal no período de 2002/2003, a prevalência de hipercolesterolemia foi de que 33,1%. Número aproximado foi observado entre os longevos do Dendê, pois 33,6% referiram ter dislipidemia (Tabela 13). Entre os 32 idosos que afirmaram possuir dislipidemia, a maioria é de mulheres (78,1%); um grupo está na faixa etária de 60 a 69 anos (56,2%) e outro na faixa de 70 a 79 anos (43,7%). Esses longevos referem ter uma saúde regular (67,7%); 21,8% são fumantes; 9,67% usam bebidas alcoólicas; 48,3% praticam atividades físicas; 27,5% não estão bem nutridos; 84,3% são hipertensos; 50% são diabéticos; 18,7% já tiveram infarto e 3,1% AVC.

### *5.1.3.3 Outros problemas de saúde e uso de medicamentos*

Foram avaliados, ainda, outros problemas de saúde dos idosos como quedas, dor articular, dificuldade de ouvir e ver. Na Comunidade do Dendê, em relação às **quedas**, 25,7% idosos referiram ter caído, sendo que 9,2% duas ou mais vezes (Tabela 14). Por serem tão prevalentes, fazem parte dos chamados “gigantes da Geriatria”: iatrogenia; incontinência; instabilidade postural (quedas), imobilidade; insuficiência cerebral (declínio das funções cognitivas – demência). Segundo Chaimowicz (2013), estudos realizados em diversos países, e no Brasil, demonstram que a cada ano um terço dos idosos sofre pelo menos uma queda. Além disso, sofrer uma queda é fator de risco para sofrer outra queda. A importância das quedas reside nas suas consequências. Cerca de 3 a 5% das quedas resultam em ferimentos

graves, como a fratura proximal do fêmur, que tem elevada letalidade. Mesmo quedas leves, no entanto, provocam efeitos devastadores na qualidade de vida dos idosos, podendo desenvolver “síndrome do medo pós-queda”, alguns idosos deixam de sair de casa e abandonam atividades cotidianas, podendo inclusive levar à atrofia muscular, redução da amplitude de movimentos, déficit de marcha e equilíbrio, favorecendo novas quedas.

**Tabela 14 – Problemas de saúde dos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| PROBLEMAS DE SAÚDE        |     |      |     |      |       |     |
|---------------------------|-----|------|-----|------|-------|-----|
| Problemas de Saúde        | Sim |      | Não |      | Total |     |
|                           | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Queda                     | 25  | 25,7 | 72  | 74,2 | 97    | 100 |
| Dor articular             | 47  | 47,4 | 52  | 52,5 | 99    | 100 |
| Dificuldade de ouvir      | 24  | 24,4 | 74  | 75,5 | 98    | 100 |
| Dificuldade para enxergar | 57  | 58,1 | 41  | 41,8 | 98    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Em relação às **dores articulares**, 47,4% as sentiam (tabela 14). Segundo estudo de Leite (2013), realizado em São Paulo, a doença articular é responsável por 30,1% dos casos de comprometimento funcional, levando os idosos a denotarem dificuldades de mobilidade e para realizar as atividades da vida diária (AVDs). A doença articular crônica com dor persistente torna-se um problema para a pessoa, a família e a sociedade. Mesmo não estando entre as principais causas de morte, direciona e limita as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbidade e onerando o sistema de saúde. Além disso, pode estar associada à incapacidade funcional e ao comprometimento da qualidade de vida dos idosos. (TRELHA et al, 2008).

Dentre as condições crônicas, temos, ainda, as incapacidades estruturais, como a baixa visual e auditiva. Nos longevos do Dendê, encontramos 58,1% com **dificuldade para enxergar** (tabela 14). A catarata é a principal causa de cegueira curável, representando um problema de saúde pública que interfere negativamente na qualidade de vida dos pacientes. A perda visual é um fator importante correlacionado com a morbidade e a mortalidade no idoso, em razão do aumento do risco de quedas, de incapacidade física, de depressão, e da dificuldade para as atividades de vida diária (MACEDO; PEREIRA; CASTRO, 2009). Em

relação à **difficuldade de ouvir**, encontramos 24,4% de idosos no Dendê (tabela 14). De forma geral, um terço das pessoas idosas refere algum grau de declínio na acuidade auditiva, sendo a presbiacusia (perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência) uma das causas mais comuns. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não a referir (BRASIL, 2006). A surdez no idoso constitui um dos mais importantes fatores de desagregação social. A deficiência auditiva leva, muitas vezes, a um desequilíbrio social e emocional na tentativa de conseguir adaptar-se à sociedade. Esta condição dificulta a preservação da sua autoestima, levando o idoso a se isolar.

Finalizando a parte de avaliação da saúde, ressaltamos o tema **uso de medicamentos** por longevos, visto que, no Dendê, esse fato foi por demais comum, pois 76,2% dos idosos referiram tomar medicamento prescrito por médico (tabela 15).

**Tabela 15 – Uso de medicamentos por idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| USO DE MEDICAÇÕES   | N.º | %    |
|---|-----|------|
| <b>Uso de medicamento prescrito pelo médico</b>             |     |      |
| Sim   | 74  | 76,2 |
| Não   | 23  | 23,7 |
|   | 97  | 100  |
| <b>Uso de medicamento por conta própria (automedicação)</b> |     |      |
| Sim   | 27  | 28,4 |
| Não   | 68  | 71,5 |
|   | 95  | 100  |
| <b>Número total de medicamentos em uso</b>                  |     |      |
| 1 (um)  | 12  | 12,6 |
| 2 (dois)  | 9   | 9,4  |
| 3 (três)  | 7   | 7,3  |
| 4 (quatro)  | 7   | 7,3  |
| 5 a 10 (cinco a dez)  | 31  | 32,6 |
| 11 (onze) ou mais   | 8   | 8,4  |
| Não faz uso de medicamento                                  | 21  | 22,1 |
|   | 95  | 100  |
| <b>Uso de medicamento para dor</b>                          |     |      |
| Raramente   | 65  | 65,6 |
| Uma vez por semana  | 3   | 3,0  |
| Três vezes por semana                                       | 6   | 6,0  |
| Diariamente   | 9   | 9,0  |
| Não faz uso de medicamento para dor                         | 16  | 16,1 |
|   | 99  | 100  |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

A literatura médica evidencia o fato de que o envelhecimento predispõe a um consumo aumentado de medicamentos, prescritos ou não. Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente as pessoas acima de 60 anos (SILVA; SCHMIDT; SILVA, 2012). Um dos motivos que explicam esse fato é o aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas em pessoas longevas. Essa prática traz prejuízos graves à saúde do idoso, como efeitos adversos, reações alérgicas, intoxicações, interações medicamentosas, retardo no diagnóstico de patologias, e até o agravamento do estado de saúde do paciente, levando à morte.

Em relação ao uso de medicamentos, destaca-se o fato de, quando questionados sobre automedicação, quase um terço dos idosos do Dendê (28,4%) referiu tomar medicamentos sem prescrição médica (tabela 15). A automedicação movimentou, aproximadamente, oito bilhões de reais em 2008, correspondente a 30% de todo o mercado farmacêutico no Brasil (TELLES FILHO; ALMEIDA; PINHEIRO, 2013). Segundo o estudo realizado no Município de São Paulo em 2011, a prevalência de automedicação foi de 42,3%. Consoante Marquesini (2011), as medicações mais utilizadas foram os analgésicos/anti-inflamatórios (40%), seguidos das vitaminas (8,7%). No Dendê, entre os avaliados, 65,6% referiram raramente fazer uso de medicação para dor, 9% usam de 1 a 3 vezes por semana e 9% afirmaram usar diariamente (tabela 15).

Outro problema relacionado com o uso de medicamento é a polifarmácia. Apesar de não existir um consenso sobre qual número expresse polifarmácia, ela tem sido definida, basicamente, de duas formas: por medida quantitativa, classificada como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos, ou como a administração de um maior número de medicamentos do que os clinicamente indicados (CHEHUEN NETO et al, 2012). Entre os idosos do Dendê, 41% declararam fazer uso concomitante de cinco ou mais fármacos (polifarmácia). Destes, 32,6% tomavam de 5 a 10 medicamentos, e 8,4% mais de 10 (tabela 15). Esses dados são preocupantes, já que a polifarmácia consiste em um dos principais fatores de risco para ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos.

#### *5.1.4 Uso dos serviços de saúde no CSF Mattos Dourado*

Este tópico, didaticamente, está dividido em cinco partes: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e comunitária e uma abordagem sobre Programa de Saúde da Família no CSF Mattos Dourado.

##### *5.1.4.1 Acessibilidade*

O Centro de Saúde da Família Mattos Dourado faz parte da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica do Município de Fortaleza, atualmente com cinco equipes da Estratégia Saúde da Família, compostas por equipe multiprofissional, e tem na Comunidade do Dendê a sua área de abrangência. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável pelas pessoas de determinada área, passando a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. Para a pesquisadora Starfield (2004), a APS é complexa e foi definida como primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde.

O acesso de **primeiro contato** e utilização do serviço de saúde refere-se à fonte de cuidado a cada nova questão ou episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências e urgências médicas. No pertinente à utilização do Centro de Saúde como primeiro contato da população idosa do Dendê, 82,6% utilizam esse serviço antes de ir a outro (tabela 16). Este dado é semelhante ao encontrado em São Paulo, na população total, por Ibañez et al. (2006), referente ao grau dos serviços em se constituírem como porta de entrada, teve uma avaliação acima dos 80%. Outras pesquisas demonstram indicativos semelhantes, convergindo com estudos a sugerirem que maiores investimentos na atenção primária aumentam o acesso a serviços de saúde para grupos populacionais de baixa renda (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Na Comunidade do Dendê, 64,5% dos idosos referiram ter dificuldade de acesso à consulta médica, quando o longo tempo achava necessário. Já no caso de consulta de revisão, 50% referiram dificuldade no agendamento. No primeiro contato, 92,3% referiram que houve solicitação de exames na consulta; destes, 95,3% assentiram ter conseguido realizar os exames. No que concerne à medicação, 72,2% referiram que houve prescrição de medicações, enquanto 88,5% destes conseguiram ter acesso às medicações (tabela, 16).

**Tabela 16 – Uso e acessibilidade aos serviços: primeiro contato dos idosos da Comunidade do Dendê no CSF Mattos Dourado (\*), 2014**

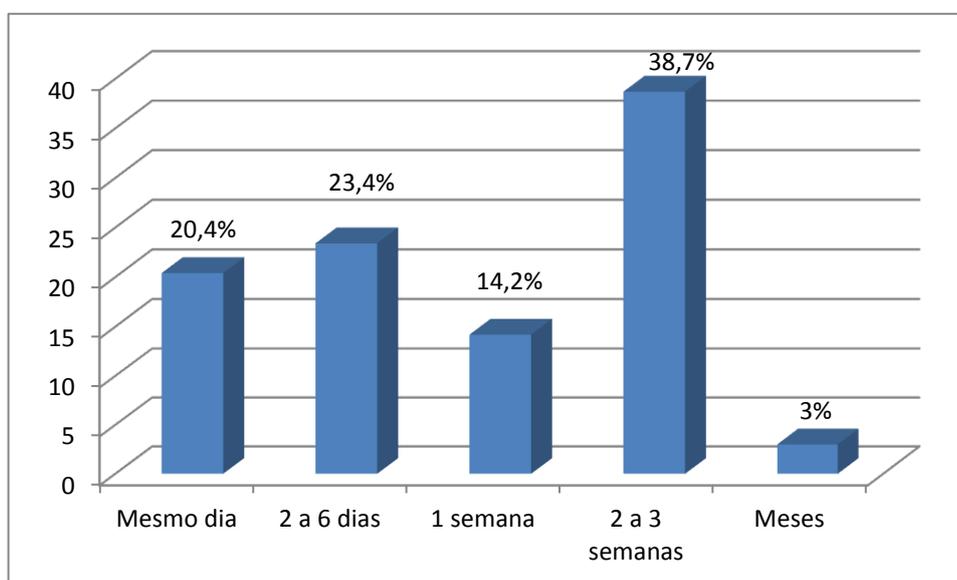
| <b>PRIMEIRO CONTATO</b>   |     |      |     |      |       |     |
|---|-----|------|-----|------|-------|-----|
| Primeiro Contato  | Sim |      | Não |      | Total |     |
|   | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| O Primeiro Contato foi o CSF Mattos Dourado                         | 81  | 82,6 | 17  | 17,3 | 98    | 100 |
| Dificuldade para conseguiu consulta médica quando achava necessário | 60  | 64,5 | 33  | 35,4 | 93    | 100 |
| Teve facilidade de agendar consulta de revisão                      | 47  | 50,0 | 47  | 50,5 | 94    | 100 |
| Durante consulta houve solicitação de exames                        | 84  | 92,3 | 7   | 7,6  | 91    | 100 |
| Conseguiu realizar exames solicitados                               | 82  | 95,3 | 4   | 4,6  | 86    | 100 |
| Durante consulta foi prescrito medicação                            | 65  | 72,2 | 25  | 27,7 | 90    | 100 |
| Conseguiu as medicações prescritas                                  | 62  | 88,5 | 8   | 11,4 | 70    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Em estudo da avaliação da APS, em Teresina/PI, percebe-se que 40,4% dos usuários atribuíram à procura inicial do profissional médico a busca por assistência a saúde (VIANA, 2012). Esse dado foi constatado no Dendê, na fase qualitativa deste estudo, sendo esta uma das categorias de análise, o que se justifica em parte pela questão cultural dos usuários vincularem a ideia de assistência médico-curativa à APS, conforme discutido mais à frente. Na compreensão de Viana (2012), citando Sala et al. (2011), cerca de 46% dos usuários consideraram sempre fácil conseguir uma consulta na unidade, porém, a maioria dos entrevistados (62%) relatou muita dificuldade em lograr consulta não urgente em 24 horas. Para o autor, a acessibilidade foi a dimensão com pior avaliação pelos usuários. Em relação ao tempo de espera entre a solicitação da consulta e o atendimento, enquanto 20,4% dos idosos referiram que são atendidos no mesmo dia, para 38,7%, esse tempo variou de duas a três semanas (gráfico 1).

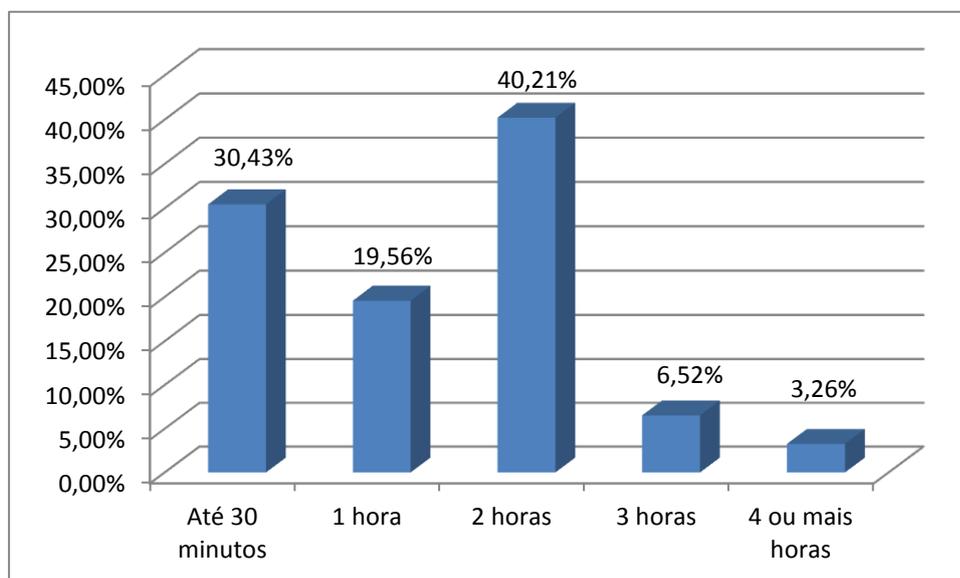
**Gráfico 1 – Tempo de espera entre a solicitação da consulta por idosos da Comunidade do Dendê e o atendimento no CSF Mattos Dourado (\*), 2014**



(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.  
Fonte: Dados primários da pesquisa

O tempo de espera dos longevos entre a chegada ao CSF Mattos Dourado e a consulta com médico ou enfermeiro foi avaliado, demonstrando que cerca de 1/3 dos idosos (30,43%) avaliados referiu atendimento em até 30 minutos. Entre os avaliados, foram atendidos 40,2% na segunda hora (gráfico 2). Para Zils et al. (2009), citados por Viana (2012), no estudo que objetivou avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação à última consulta realizada na rede de Atenção Primária a saúde de Porto Alegre/RS, observou-se menor satisfação com os aspectos referentes ao funcionamento do serviço, ao acesso e ao tempo despendido na sala de espera.

**Gráfico 2 – Tempo de espera dos idosos da Comunidade do Dendê, entre a chegada ao CSF Mattos Dourado e a consulta com médico ou enfermeiro (\*), 2014**



(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.  
 Fonte: Dados primários da pesquisa

Por meio da satisfação dos idosos quanto ao atendimento prestado pelo CSF Mattos Dourado, observado pela percepção dos usuários idosos da APS, é possível dimensionar as ações desenvolvidas para esse público, servindo também de norte no direcionamento e planejamento dos serviços. Portanto, a avaliação do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações. Para 65,6% dos idosos, o atendimento no CSF é de bom a excelente; sendo que 46,4% referiram estar bom e 12,1% muito bom e 7% excelente (Tabela 17). Portanto, estão satisfeitos com o atendimento. Para 34,3% dos idosos, o atendimento é regular ou ruim, portanto, estão insatisfeitos com o atendimento (gráfico 3).

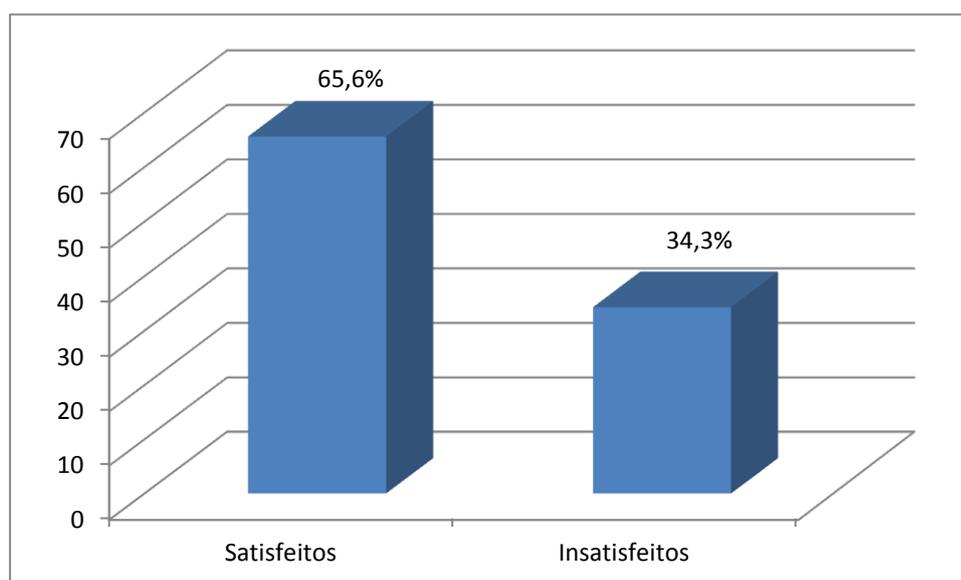
**Tabela 17 – Avaliação do atendimento prestado pelo CSF Mattos Dourado aos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO                       | N.º | %    |
|--|-----|------|
| Avaliação do Atendimento no CSF Mattos Dourado |     |      |
| Excelente                                      | 7   | 7,0  |
| Muito bom                                      | 12  | 12,1 |
| Bom  | 46  | 46,4 |
| Regular  | 28  | 28,2 |
| Ruim   | 6   | 6,0  |
|  | 98  | 100  |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

**Gráfico 3 – Grau de satisfação dos idosos da Comunidade do Dendê, quanto ao atendimento prestado pelo CSF Mattos Dourado (\*)**



(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Ainda, em relação ao grau de satisfação, foi solicitado que o idoso desse uma nota de 0 (zero) a 10 (dez), sendo a nota zero o pior atendimento possível, e a nota dez o melhor atendimento já recebido. Enquanto para 13,2% dos idosos a nota variou de zero a quatro, para 42,8% a nota foi de nove e dez. O grau de satisfação teve nota média de 7,2. As informações

acerca da satisfação ou da insatisfação dos usuários, e as razões que levaram a uma ou a outra, são elementos essenciais para orientar qualquer ação visando à garantia da qualidade.

Quando se quer avaliar a utilização dos serviços de saúde na APS, é importante identificar se a população adscrita reconhece o centro de saúde como fonte regular e habitual de atenção à saúde para as novas ou antigas necessidades. A pesquisadora Starfield (2002) identificava quatro atributos característicos que diferenciavam a atenção primária da secundária e terciária: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Além disso, enfatiza outras três características, chamadas atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Esses atributos característicos e os derivados são discutidos ao longo do texto.

#### *5.1.4.2 Longitudinalidade*

A longitudinalidade na saúde relaciona-se à existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo (STARFIELD, 2004). Desta forma, a longitudinalidade pode referir-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Em relação ao acompanhamento longitudinal com profissional de saúde, 64,2% dos idosos do Dendê referiram realizar consultas com o mesmo médico ou enfermeira no CSF Mattos Dourado (tabela 18).

Na compreensão de Gérvas e Fernández (2006), longitudinalidade adequada é um fator essencial para o sistema de saúde, pois este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção e para a realização de procedimentos de maior complexidade. De acordo com Nutting et al (2003), citados por Cunha e Giovanella (2011), a continuidade dos cuidados é mais importante ainda para os pacientes vulneráveis (extremos de idade, sexo feminino, menor nível educacional, maior número de condições crônicas e medicamentos e pior autoavaliação do estado de saúde). Portanto, os sistemas de saúde e as práticas de atenção primária devem dedicar esforço adicional para manter uma relação de continuidade com esses pacientes.

**Tabela 18 – Avaliação do atendimento/acompanhamento longitudinal prestado pelo CSF Mattos Dourado aos Idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| LONGITUDINALIDADE  |     |      |     |      |       |     |
|--|-----|------|-----|------|-------|-----|
| Longitudinalidade  | Sim |      | Não |      | Total |     |
|  | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Atendimento pelo mesmo médico ou enfermeiro                    | 61  | 64,2 | 34  | 35,7 | 95    | 100 |
| Entendimento pelo médico/enfermeiro da pergunta do usuário     | 86  | 95,5 | 4   | 4,4  | 90    | 100 |
| Compreensão da resposta do médico/enfermeiro                   | 87  | 95,6 | 4   | 4,3  | 91    | 100 |
| Tempo suficiente para relatar preocupações / problemas         | 81  | 88,0 | 11  | 11,9 | 92    | 100 |
| Sente-se a vontade para contar preocupações / problemas        | 80  | 89,8 | 9   | 10,1 | 89    | 100 |
| Profissional identifica seus problemas mais importantes        | 66  | 84,6 | 12  | 15,3 | 78    | 100 |
| Profissional conhece sua história clínica completa             | 68  | 82,9 | 14  | 17,0 | 82    | 100 |
| Mudaria do CSF ou de médico/enfermeiro se fosse fácil de fazer | 39  | 41,4 | 55  | 58,5 | 94    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Em relação à consulta, 95,5% dos idosos do Dendê referem que os profissionais entendem seu questionamento, enquanto 95,6% compreendem a resposta do médico ou enfermeira. Ainda sobre a consulta, 88% acham que recebem tempo suficiente para relatar seus problemas ou preocupações; 89,8% afirmam se sentir à vontade para contar esses problemas; para 84,6% o profissional de saúde consegue identificar seus problemas mais importantes, já para 82,9% esse profissional conhece sua história clínica completa (tabela 18). Nas relações interpessoais profissional de saúde – paciente durante uma consulta, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. A condição de doente, algumas vezes, produz um sentimento de isolamento em especial nos idosos. Eles buscam ser acolhidos de forma gentil, cuidadosa e personalizada. O profissional deve ser solidário no seu sofrimento, oferecendo-lhes o apoio emocional de que carecem. Para isso, a empatia, ou seja, a troca de sensibilidade entre profissional e paciente idoso, é fundamental. Essa relação é baseada na familiaridade, colaboração e confiança que o profissional inspira e na compreensão do idoso sobre a realidade do profissional. Essa boa relação é essencial na promoção da qualidade do atendimento (VIANNA, L; VIANNA, C; BEZERRA, 2010).

Nos dados da tabela 18, apesar de mostrar percentuais elevados, demonstrando que a consulta estaria próximo de uma consulta considerada “adequada” do ponto de vista da

continuidade dos cuidados, destaca-se o fato de pouco mais de 40% dos avaliados referirem que mudariam para outro serviço de saúde se isto fosse fácil fazer. A justificativa para isso pode estar no método de abordagem clínica utilizada pelos profissionais de saúde. Caso os profissionais estejam utilizando o “modelo médico convencional” ou “centrado na doença”, este toma por princípio a noção de que a doença é totalmente explicada por desvios da norma de variáveis biológicas (somática) que podem ser medidas, deixando de lado dimensões sociais, psicológicas e comportamentais (BROWN *et al*, 2010). Outras opções de abordagem clínica têm sido sugeridas. Segundo Brown (2010), citando Little *et al* (2001), estudos internacionais reforçam não apenas o desejo e a satisfação do “método clínico centrado na pessoa<sup>10</sup>”, mas também o seu impacto positivo nos desfechos e nas taxas de uso de assistência médica. Para Fuzikawa (2013), citando Stewart (2010), os resultados do método clínico centrado na pessoa, quando comparado a métodos tradicionais, denotam resultados positivos, tais como: maior satisfação das pessoas e médicos; melhora na aderência aos tratamentos; redução de preocupações e ansiedade; redução de sintomas; diminuição da utilização dos serviços de saúde; diminuição das queixas por má-prática; melhora na saúde mental e melhora na situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes.

Além disso, esses dados são instigantes na busca de respostas na trilha de uma melhor assistência na Atenção Primária. Isso passa pelo cumprimento das diretrizes e princípios do SUS, particularmente do atendimento integral ao usuário, tendo em vista sua implicação numa prática de qualidade, que desenvolva capacidade de análise crítica de contextos. A integralidade efetiva-se na organização dos processos de trabalho. Depende, porém, de outros fatores para materialização, tais como: criação e fortalecimento de vínculos entre usuários e trabalhadores e a conquista da autonomia da pessoa que busca o serviço de saúde para o atendimento de suas demandas e a satisfação de suas necessidades (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Com efeito, até que ponto o atendimento prestado aos longevos do Dendê está sendo suficiente para atender às suas necessidades, seja no campo individual, social, econômico e cultural, dimensões essas que permeiam a complexidade do processo saúde-doença. Para Franco e Magalhães Junior (2007), a organização do trabalho surge como ponto

---

<sup>10</sup> Método Clínico Centrado na Pessoa: É composto por seis componentes interativos, mas intrinsecamente interligados: explorando a enfermidade e a experiência com a doença; entendendo a pessoa como um todo, inteira; elaborando um projeto comum de manejo; incorporando prevenção e promoção de saúde; fortalecendo a relação médico-pessoa, e sendo realista (STEWART, 2010).

importante na mudança dos serviços de saúde para colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. O trabalho em equipe, articulando saberes e práticas é uma ferramenta importante na construção do cuidado integral. Consoante Crevelim e Peduzzi (2005), na perspectiva de busca da atenção integral à saúde e da democratização das relações entre os profissionais de saúde e entre estes e usuários, a população e os grupos sociais são concebidos como partícipes dos processos e torna-se imprescindível aprofundar entendimento dessa participação. Dessa forma, deve-se valorizar mais o contexto de vida das pessoas e a inserção do sujeito na família e na comunidade.

#### 5.1.4.3 Integralidade

No contexto da integralidade, a Atenção Primária deve se organizar de maneira que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários, abrangendo a referência à atenção secundária ou terciária (STARFIELD, 2004). Quando avaliamos se os idosos do Dendê foram referenciados para outros níveis de atenção, 70,6% responderam afirmativamente, sendo que 82,6% levaram uma justificativa escrita, e somente 60,8%, ao retornarem ao PSF, foram questionados sobre a consulta com o especialista (tabela 19).

**Tabela 19 – Avaliação da Coordenação da Atenção Básica (CSF Mattos Dourado) na integração de cuidados com níveis secundário/terciário de atenção à saúde em relação aos Idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS                                      |     |      |     |      |       |     |
|---|-----|------|-----|------|-------|-----|
| Integração de Cuidados                                      | Sim |      | Não |      | Total |     |
|   | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Referência para outra especialidade médica                  | 65  | 70,6 | 27  | 29,3 | 92    | 100 |
| Teve justificativa escrita para a referência                | 62  | 82,6 | 13  | 17,3 | 75    | 100 |
| Médico do PSF conversou sobre a consulta com o especialista | 42  | 60,8 | 27  | 39,1 | 69    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

O princípio da integralidade refere-se ao conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2001). A integração passa pela organização e

articulação entre os serviços, sendo compreendida como uma rede de serviços que funcione de modo a dar condições de acesso e seja resolutiva para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população.

Na trilha do cuidado integral, convém atentar para o fato de que a integralidade só pode acontecer ou não com o acesso das pessoas aos serviços e, sabendo que o referenciamento e o contrarreferenciamento devem ser atitudes integradas a um plano terapêutico, sendo particularmente importantes para pessoas vulneráveis, como os idosos. Daí a importância do médico da APS cobrar uma contrarreferência, de preferência escrita, detalhando a opinião do especialista sobre um diagnóstico ou conduta a ser tomada, sendo, portanto, fundamental discutir com o paciente detalhes da consulta com o especialista, de olho no plano terapêutico a ser traçado.

Ainda sobre integralidade, em relação aos serviços prestados, descobrimos que somente 25,6% dos idosos do Dendê realizaram avaliação da saúde bucal, seja o exame dental ou da prótese e/ou tratamento dentário (tabela 20).

**Tabela 20 – Avaliação da integralidade nos serviços disponíveis e prestados aos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| <b>INTEGRALIDADE</b>                                   |     |      |     |      |       |     |
|--|-----|------|-----|------|-------|-----|
| <b>Integralidade - Serviços disponíveis</b>            |     |      |     |      |       |     |
|  | Sim |      | Não |      | Total |     |
|  | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Avaliação da Saúde Bucal                               | 21  | 25,6 | 61  | 74,3 | 82    | 100 |
| Aconselhamento: mudanças decorrentes do envelhecimento | 42  | 47,1 | 47  | 52,8 | 89    | 100 |
| <b>Integralidade - Serviços prestados</b>              |     |      |     |      |       |     |
|  | Sim |      | Não |      | Total |     |
|  | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Orientação: alimentação saudável                       | 67  | 72,0 | 26  | 27,9 | 93    | 100 |
| Orientação: Exercícios físicos apropriados             | 62  | 65,9 | 32  | 34,0 | 94    | 100 |
| Orientação: prevenção de quedas                        | 47  | 52,2 | 43  | 47,7 | 90    | 100 |
| Verificar/discutir medicações em uso                   | 63  | 73,2 | 23  | 26,7 | 86    | 100 |
| Tomou vacina da gripe no último ano                    | 64  | 66,6 | 32  | 33,3 | 96    | 100 |
| Tomou a vacina do tétano nos últimos 10 anos           | 42  | 60,0 | 28  | 40,0 | 70    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Desde 1994, com o surgimento do PSF, a participação do cirurgião-dentista veio trazer, além das assistenciais, ações coletivas de saúde bucal. Esse cuidado veio tentar reaver anos de descaso, quando o sistema de saúde pública brasileiro tinha na assistência à saúde bucal um modelo excludente, mutilador e focado na reabilitação de morbidades da doença cárie. Muitos brasileiros, hoje idosos, sofreram com a extração dentária, com a falta de procedimentos preventivos coletivos e de informação sobre cuidados como a saúde bucal. Esse processo culminou em altos índices de edentulismo e necessidade de uso de próteses dentárias, deixando como marca a ideia de que, por não possuírem mais dentes naturais, não se encontram no escopo de pessoas que necessitam frequentar regularmente o cirurgião-dentista (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012).

A falta de conhecimento e autopercepção dos idosos sobre a necessidade de cuidados odontológicos, em muitos casos, acarreta dificuldade de acesso ao cirurgião-dentista. Muitos continuam a acreditar que, por possuírem prótese total (dentadura), não é necessário procurar assistência odontológica regularmente. O grande desafio dos profissionais de saúde é criar uma condição de empoderamento desses idosos, para incorporarem em suas atividades da vida diária os cuidados com a saúde bucal, condição básica e essencial para uma adequada saúde geral. Para Bulgarelli, Mestriner e Pinto (2012), é na Estratégia de Saúde da Família, por meio de um modelo de atenção universal, que podemos desconstruir o significado social de que o dentista é um profissional mutilador e que causa sofrimento e medo ao idoso.

Pensando ainda em integralidade, outro serviço que deveria estar disponível é a orientação sobre as mudanças ocorrentes com o envelhecimento. É importante que as pessoas saibam que, no universo do idoso, o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente de haver ou não doenças. Mesmo existindo as perdas durante o processo do envelhecimento, o envelhecer de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois ele é sinônimo de vida plena e com qualidade. O envelhecimento saudável resulta da integração multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência nas atividades da vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Na Atenção Primária, o cuidado com a pessoa idosa passa pela orientação sobre as alterações advindas do processo de envelhecimento, as quais são determinantes na capacidade funcional e, conseqüentemente, no envelhecimento saudável. Somente 47,1% dos longevos do Dendê relataram receber orientação sobre as mudanças decorrentes do envelhecimento (tabela 20). Essas orientações devem ser dadas em todas as idades em busca do envelhecimento ativo, com o idoso autônomo, capaz de gerir a própria vida e determinar quando, onde e como se

darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho. Na APS, a equipe do PSF pode contribuir na qualidade de vida da população mediante o processo de educação em saúde, preparando-a para viver harmonicamente com as mudanças associadas ao envelhecimento, e desta forma, auxiliando na promoção de uma vida saudável e ativa.

Em relação aos serviços prestados pelo CSF Mattos Dourado com foco na integralidade, 72% dos idosos receberam orientação sobre alimentação saudável, 65,9% a respeito de exercícios físicos apropriados e 52,2% acerca de prevenção de quedas (tabela 20). Por meio da Educação em Saúde realizada na Estratégia Saúde da Família, os profissionais de saúde podem levar informações a todas as pessoas, inclusive idosos, auxiliando na compreensão e manejo das situações mais frequentes no envelhecimento, contribuindo efetivamente na prevenção de doenças, no estabelecimento de um estilo de vida com qualidade para manter o organismo saudável.

A orientação alimentar é fundamental, já que é o fator que mais está ligado à qualidade de vida e à longevidade do ser humano. Além disso, é uma aliada tanto para a manutenção da saúde como para prevenir ou reverter doenças (BRASIL, 2009, p.37). A atividade física é a base de um envelhecimento saudável. O exercício físico regular, bem orientado, adequado para cada longo, reduz os riscos de aparecimento de doenças que normalmente aceleram o natural envelhecimento. Portanto, é importante que o profissional de saúde estimule a prática de atividade física, em qualquer idade, com acompanhamento profissional adequado, obtendo assim muitos benefícios (BRASIL, 2009, p.56). A alimentação saudável e a prática regular de exercícios físicos são recursos que, comprovadamente, minimizam a ocorrência de quedas e suas consequências. O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, sendo o principal tipo de queda, a “queda da própria altura”, que, além de contusões, torções e fraturas, podem levar à perda da mobilidade, prejuízo da independência e a morte. As intervenções mais eficazes baseiam-se na identificação precoce dos idosos com maior chance de sofrerem quedas e orientar sua prevenção (BRASIL, 2009, p.51).

De acordo com 73,2% dos longevos do Dendê, os profissionais de saúde verificam e discutem sobre os medicamentos em uso (tabela 20). O uso simultâneo de múltiplos fármacos (polifarmácia) é comum em idosos brasileiros, isso em razão de vários fatores, dentre eles, o fácil acesso aos medicamentos em farmácias e drogarias, estimulando inclusive a automedicação e levando a problemas relacionados à terapia farmacológica, como o aparecimento das reações adversas e a ocorrência de interações medicamentosas. Dessa

forma, a avaliação das medicações, a orientação adequada do seu uso, promoção do uso racional de medicamentos, são medidas que devem ser estimuladas e contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Ainda referente à atenção integral, abordaremos a vacinação, que é um instrumento precioso para promoção da saúde em idosos. No Dendê, 66,6% dos idosos tomaram a vacina de gripe no último ano, e 60% lembraram ter tomado a vacina de tétano nos últimos dez anos (tabela 20). A cobertura da vacina da gripe está baixa nessa população, já que, segundo o Ministério da Saúde, a cobertura mínima é de 80% a todos os grupos. A vacina contra o tétano é a melhor forma de prevenção e é disponibilizada gratuitamente por toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Como o seu questionamento se refere aos últimos 10 anos, é possível que alguns idosos tenham tomado a vacina e não se lembrem. Daí a importância do idoso ter a caderneta da pessoa idosa e disponibilizá-la na consulta.

#### *5.1.4.4 Orientação familiar e comunitária*

Passaremos agora a tratar da atenção à saúde centrada na família. Para Starfield e Shi (2009), a orientação familiar refere-se ao reconhecimento de que o contexto familiar interfere na saúde doença e que o adoecer tem consequências sobre o arranjo familiar. De acordo com 61,2% dos longevos do Dendê, conforme descrito na tabela 21, o médico ou o enfermeiro não questionava o idoso sobre suas ideias e opiniões acerca do planejamento do seu tratamento e cuidados. Na atualidade, cada vez mais se discute a importância da autonomia da pessoa que busca ajuda para seus problemas de saúde. O próprio termo “paciente” retira, ou não considera, os aspectos volitivos, da vontade e da autonomia das pessoas. Já existe consenso, porém, sobre o papel da pessoa no processo de cuidar da saúde, inclusive ressaltando a relação médico-paciente como fundamental. O cuidado eficaz, no entanto, vai vir da participação corresponsável e intercessora da pessoa doente, estabelecendo trocas na relação do profissional com a pessoa (LOPES, 2007).

Por outro lado, 71,4% idosos foram assertivos acerca do questionamento do profissional de saúde a respeito de doenças ou problemas comuns na família (tabela 21). Esse percentual mais elevado era esperado, à medida que, tradicionalmente, a história familiar é um dos elementos investigados na anamnese durante a consulta. Por outro lado, é preocupante o fato de que cerca de 25% dos entrevistados não foram questionados sobre a história

familiar, o que faz levantar questionamento sobre o tempo dispensado na consulta ou a respeito a qualidade dessa consulta.

**Tabela 21 – Avaliação da orientação familiar e comunitária no CSF Mattos Dourado para os idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| <b>ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA</b>                                      |     |      |     |      |       |     |
|---|-----|------|-----|------|-------|-----|
| <b>Orientação Familiar</b>  |     |      |     |      |       |     |
|   | Sim |      | Não |      | Total |     |
|   | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Discussão sobre o planejamento do tratamento e dos cuidados                   | 31  | 38,7 | 49  | 61,2 | 80    | 100 |
| Investigação sobre doenças/problemas comuns na família                        | 60  | 71,4 | 24  | 28,5 | 84    | 100 |
| <b>Orientação Comunitária</b>   |     |      |     |      |       |     |
|   | Sim |      | Não |      | Total |     |
|   | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Médico/enfermeiro faz visitas domiciliares                                    | 48  | 51,6 | 45  | 48,3 | 93    | 100 |
| O CSF conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança             | 55  | 76,3 | 17  | 23,6 | 72    | 100 |
| O CSF ouve opiniões e ideias da comunidade para melhorar os serviços de saúde | 44  | 70,9 | 18  | 29,0 | 62    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

A orientação comunitária foi definida por Starfield (2004) como o conhecimento do profissional a respeito das necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. No Dendê, 51,6% dos idosos reconheceram a prática de visitas domiciliares realizadas por profissional de saúde do PSF; 76,3% relataram que o Centro de Saúde conhece os problemas mais importantes de sua vizinhança; e 70,9% confirmaram que o CSF Mattos Dourado ouve as opiniões e ideias da comunidade para melhorar os serviços de saúde (tabela 21). Nesses números, percebem-se problemas relacionados com a melhor efetividade da orientação comunitária, como nas ações de visita domiciliar, onde cerca de 50% dos idosos desconhecem esse serviço realizado por profissionais de saúde, que facilita a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade (tabela 21). É verdade que isso pode ser fruto também da falta de informação a respeito da realização das visitas, principalmente, em quais casos pode ser solicitado esse serviço.

Nos dois questionamentos seguintes, podemos observar que, apesar de percentualmente favoráveis os valores relacionados ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços, muitos idosos não responderam a essas perguntas, 44,4% e 55,5%, respectivamente, de um total de 99 entrevistados. Isso nos faz questionar: o que faria esses idosos não responderem a essas perguntas? O fato de não acreditarem na orientação comunitária? O medo de retaliações? São questionamentos que, em outro momento, merecem ser mais bem investigados para, só assim, fortalecer a orientação comunitária, reconhecendo seu devido valor.

#### *5.1.4.5 Programa de Saúde da Família*

O Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído no Brasil em 1994, posteriormente incorporado como Estratégia Saúde da Família (ESF), propondo a reorganização da Atenção Básica dentro da compreensão integral do processo saúde-doença, atuando na dimensão individual, familiar e coletiva, com uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos, assumindo os compromissos do SUS (BRASIL, 2006). A Capital cearense, Fortaleza, em janeiro de 2014, tinha uma proporção de cobertura populacional de estimada em 51,8% de agentes comunitários de saúde e de 37,6% de Equipe de Saúde da Família (anexo H). A cobertura pelas ESF, apesar de relativamente alta quando comparada com algumas capitais brasileiras, como Salvador (23,6%); Brasília (27,6%); Manaus (31,3%) ou São Paulo (31,7%), e comparadas com outras capitais, observa-se a necessidade de avançar na cobertura: Curitiba (45,6%); Recife (55,2%); Florianópolis (92,3%), segundo dados do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2014).

A Comunidade do Dendê é coberta pelas equipes do Programa Saúde da Família, porém, com muitas áreas descobertas de agente comunitário de saúde. Em relação à Estratégia Saúde da Família, 62,7% dos idosos do Dendê afirmaram conhecer o PSF; 81,7% conhecem a equipe responsável por sua área; 91,6% conhecem o agente comunitário de saúde (ACS) responsável por sua rua. Além disso, 88% dos longevos dizem sentir-se bem acolhidos no centro de saúde; e 72% das pessoas, por serem idosas, referem algum atendimento preferencial (tabela 22). À vista desse número, percebemos que cerca de 40% dos longevos dizem desconhecer o PSF, ao mesmo tempo em que grande parte conhece a equipe e o ACS

da sua rua. Isso demonstra grande dispersão de respostas, indicando falta de informação e dificuldades de comunicação entre o CSF Mattos Dourado e o usuário idoso.

**Tabela 22 – Avaliação do Programa de Saúde da Família - PSF / Atenção Básica (CSF Mattos Dourado) pelos idosos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| <b>PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF</b>      |     |      |     |      |       |     |
|---|-----|------|-----|------|-------|-----|
| Programa Saúde da Família – PSF             |     |      |     |      |       |     |
|   | Sim |      | Não |      | Total |     |
|   | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Conhece o PSF                               | 59  | 62,7 | 35  | 37,2 | 94    | 100 |
| Conhece a equipe responsável pela sua área  | 76  | 81,7 | 17  | 18,2 | 93    | 100 |
| Conhece o ACS responsável por sua rua       | 88  | 91,6 | 8   | 8,3  | 96    | 100 |
| Sente-se bem acolhido no CSF Mattos Dourado | 81  | 88,0 | 11  | 11,9 | 92    | 100 |
| O idoso tem algum atendimento preferencial  | 62  | 72,0 | 24  | 27,9 | 86    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

No acompanhamento do idoso pelo PSF, uma das ações estratégicas baseadas nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no Pacto pela Vida foi a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Essa caderneta é vista como expediente para identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa. O uso da caderneta pelo longo tempo pode possibilitar ao profissional de saúde, planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de Saúde da Família. No Dendê, somente 29% dos idosos têm a caderneta, apesar de 61,6% compreenderem a importância do seu uso. Além disso, somente 22,9% levam a caderneta para a consulta, enquanto apenas 6,5% tiveram a caderneta solicitada pelo profissional de saúde (tabela 23). Apesar de o Governo divulgar que de 2007 a 2009 foram entregues 13 milhões de exemplares da caderneta, e que atingiram 70% da população idosa residente em nosso País (BRASIL, 2010), na prática, encontramos idosos sem a caderneta, e idosos e profissionais de saúde sem valorizar sua utilização. Abordaremos, a seguir, a avaliação da influência do PSF na vida dos idosos da Comunidade do Dendê.

**Tabela 23 – Avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa por longevos da Comunidade do Dendê (\*), 2014**

| <b>CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA</b>   |     |      |     |      |       |     |
|---|-----|------|-----|------|-------|-----|
| <b>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa</b>   |     |      |     |      |       |     |
|   | Sim |      | Não |      | Total |     |
|   | N.º | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa    | 27  | 29,0 | 66  | 70,9 | 93    | 100 |
| Acha importante o uso da caderneta          | 53  | 61,6 | 33  | 38,3 | 86    | 100 |
| Leva a caderneta quando vai para consulta   | 11  | 22,9 | 37  | 77,0 | 48    | 100 |
| Durante a consulta é solicitada a caderneta | 6   | 6,5  | 86  | 93,4 | 92    | 100 |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Finalizando os questionamentos a respeito do uso e acessibilidade aos serviços de saúde, investigamos a percepção dos idosos referente à influência do PSF na sua vida. Para 70,9% dos longevos residentes na Comunidade do Dendê, o PSF melhorou efetivamente sua vida. Enquanto isso, para 29% ele não fez diferença (tabela 24). Portanto, para cerca de um terço dos idosos, a Estratégia Saúde da Família não fez diferença em sua vida. Apesar da Atenção Primária em Saúde ser reconhecida geralmente como um dos componentes-chave de um sistema de saúde eficaz, ainda se percebe dificuldade em se manter os preceitos constitucionais do direito à saúde, o que enseja um sentimento de insegurança entre os usuários quanto ao SUS. Quando se identifica o fato de que boa parte dos idosos do Dendê desconhece o PSF, o que dizer das suas propostas? Esse desconhecimento, além da falta de informações, também deve estar ligado à falta de concretização destas.

**Tabela 24 – Avaliação da influência da implantação do Programa de Saúde da Família, no CSF Mattos Dourado, na vida dos idosos da Comunidade (\*), 2014**

| <b>INFLUÊNCIA DO PSF NA VIDA DOS IDOSOS</b> | <b>N.º</b> | <b>%</b> |
|---|------------|----------|
| <b>Influência do PSF na vida dos idosos</b> |            |          |
| Melhorou efetivamente minha vida            | 61         | 70,9     |
| Não fez diferença na minha vida             | 25         | 29,0     |
| Piorou minha vida                           | 0          | 0,0      |
|   | 86**       | 100      |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

(\*\*) 13 idosos não responderam este questionamento

Fonte: Dados primários da pesquisa

Para a pesquisadora Starfield (2005), um sistema de saúde com forte referencial em Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo, mesmo em contextos de grande iniquidade social. A APS é complexa, no entanto, demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. A APS é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

Observando as definições da pesquisadora Starfield sobre APS, e mesmo com a Atenção Primária implantada e funcionando no CSF Mattos Dourado, um terço dos idosos referiram que isso não fez diferença em suas vidas. Isso pode ocorrer quando o modelo implantado, na prática, funciona como o modelo antigo, unicista clínico/biológico. Essa possibilidade está ligada também a própria formação do profissional de saúde. Para Ronzani e Stralen (2003), a formação desse profissional ainda é pautada no modelo antigo, em que se prioriza a especialização e o trabalho fragmentado em detrimento da formação generalista, mantendo, muitas vezes, o discurso tradicionalmente biologizado do profissional de saúde em detrimento das questões psicossociais também envolvidas nesse processo. Na medicina, somente em 2010, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>11</sup>, para atender às demandas e pressões sociais por saúde e na tentativa de reorientar a formação médica brasileira.

Outro ponto, que também tem ligação com a formação, refere-se ao modelo existente de atenção aos idosos que pode, ainda, não ser adequado, não atendendo totalmente as suas necessidades. Segundo Araújo, Brito e Barbosa (2008), os problemas de saúde do idoso, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado e equipes multidisciplinares. Qualificar e quantificar os profissionais de saúde para assistência aos idosos é essencial, uma vez que há falta de profissionais nos serviços para esta atenção.

---

<sup>11</sup> Diretrizes Curriculares Nacionais de graduação em Medicina almejam como perfil um egresso: [...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Art.3o p.1).

### *5.1.5 Caracterização dos profissionais de saúde*

Quando esse estudo começou a ser desenhado, identificamos logo a necessidade de conhecermos os profissionais de saúde que atendem no CSF Mattos Dourado, sua formação acadêmica, principalmente relacionada à Atenção à Saúde da pessoa idosa, que assegurasse melhor assistência ao idoso. Sendo assim, esse passou a ser um dos objetivos específicos deste trabalho, no sentido de caracterizar os profissionais de saúde e identificar se são capacitados para o atendimento ao idoso. A importância de profissionais capacitados vem reconhecida nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2010). Após receber autorização da Prefeitura Municipal de Fortaleza para realização da pesquisa, por intermédio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, e com a colaboração da coordenação do CSF Mattos Dourado, foram entregues 10 questionários para profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família implantada no CSF Mattos Dourado. Durante esse processo, o Centro de Saúde se encontrava em reforma, e os profissionais de saúde médicos e enfermeiros passaram a fazer o atendimento de forma provisória da escola ao lado. Em virtude dessas dificuldades, os questionários não foram entregues aos dentistas. Em relação aos questionários entregues, retornaram para nós 70%.

Dos profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa, quatro eram enfermeiras, duas eram médicas e somente um era médico. Portanto, a maioria dos avaliados, 6 (seis), era de mulheres (tabela 25). Esse dado reafirma os indicadores do Ministério da Saúde, em 2000, sobre o perfil de médicos e enfermeiros no Programa de Saúde da Família, que apontava a saúde pública como espaço de concentração de trabalho feminino. Para os idosos, isso poderia ser um fator favorável à assistência, já que, para Lopes e Leal (2005), historicamente, coube à mulher a condição de “cuidadoras”. Para os autores, cuidar é, de certa forma, uma ação identitária feminina que transcende o espaço de trabalho. O número de médicas no PSF é proporcionalmente maior (44%) do que a dos médicos. E, em relação à Enfermagem, o percentual chega a 90,9% de mulheres enfermeiras (LOPES, LEAL, 2005). Os profissionais de saúde do CSF Mattos Dourado têm de 31 a 54 anos, tendo média de idade de 38 anos. São em sua maioria, casados, 6 (seis); católicos 5 (cinco) e brancos 4 (quatro), conforme tabela 25.

**Tabela 25 - Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, CSF Mattos Dourado (\*), 2014**

| <b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b> |  | <b>N.º</b> |
|--------------------------------|--|------------|
| <b>Sexo</b>                    |  |            |
| Masculino                      |  | 1          |
| Feminino                       |  | 6          |
|                                |  | 7          |
| <b>Idade</b>                   |  |            |
| De 30 a 39 anos                |  | 5          |
| De 40 a 49 anos                |  | 1          |
| De 50 a 59 anos                |  | 1          |
|                                |  | 7          |
| <b>Estado civil</b>            |  |            |
| Casado (a) legalmente          |  | 6          |
| Separado (a) ou divorciado     |  | 1          |
|                                |  | 7          |
| <b>Cor / Raça</b>              |  |            |
| Parda                          |  | 3          |
| Branca                         |  | 4          |
|                                |  | 7          |
| <b>Religião</b>                |  |            |
| Católica                       |  | 5          |
| Protestante ou evangélico      |  | 2          |
|                                |  | 7          |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.  
 Fonte: Dados primários da pesquisa

Em relação à escolaridade, todos completaram o 3º grau, não havendo recém-formados. Na realidade, encontramos pessoas com um longo caminho profissional percorrido, sendo que, em sua maioria, 4 (quatro), com mais de 10 anos de formados, e, destes, 3 (três) são enfermeiras (tabela 26). Além disso, destes profissionais avaliados, seis possuem pós-graduação, tendo, cada um, no mínimo duas pós-graduações, tendo, uma delas, mestrado em saúde da família. Destas pós-graduações, três foram em Saúde da Família e dois em Medicina de Família e Comunidade. Apesar de observarmos que não há profissionais especialistas em Saúde do Idoso, e em Geriatria ou Gerontologia, percebemos que cinco profissionais de saúde têm formação em Saúde da Família/Medicina de Família, o que, de certa forma, os capacita, em parte, para questões relacionadas ao envelhecimento e à saúde do idoso.

**Tabela 26 – Distribuição do tempo de formados pela profissão dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, CSF Mattos Dourado (\*), 2014**

| <b>TEMPO DE FORMADO E PROFISSÃO</b> |               |                   |              |
|-------------------------------------|---------------|-------------------|--------------|
| Tempo de Formado                    | Profissão     |                   |              |
|                                     | Médico<br>N.º | Enfermeiro<br>N.º | Total<br>N.º |
| De 6 a 10 anos                      | 2             | 01                | 03           |
| De 11 a 15 anos                     | 1             | 01                | 02           |
| De 16 a 20 anos                     | 0             | 01                | 01           |
| Mais de 30 anos                     | 0             | 01                | 01           |
| <b>Total</b>                        | <b>03</b>     | <b>04</b>         | <b>07</b>    |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Os profissionais de saúde foram questionados, também, acerca de possuírem formação complementar que os qualifica para trabalho em Atenção Básica e no trabalho com a pessoa idosa. Os profissionais avaliados possuem qualificação na Atenção Básica, porém, somente três afirmaram que têm qualificação para o trabalho com a pessoa idosa. Um profissional de saúde não respondeu. E isso mesmo sabendo que, desde 2006, o “Pacto pela Vida” já apontava a saúde da pessoa idosa como prioridade, firmando compromisso dos gestores do SUS, e que tinha como um dos itens preconizados a formação e educação contínua dos profissionais da saúde; como também de que, no mesmo ano, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2010), que definia a Atenção Básica como porta de entrada para os longevos. Mesmo assim, muitos profissionais de saúde continuam despreparados para o cuidado do idoso. Segundo Araújo, Brito e Barbosa (2008), evidencia-se, na prática, escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais, como a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional.

A atenção à saúde ainda apresenta-se, tal como referido há duas décadas: uma fonte de iatrogenia simultaneamente clínica (novos problemas de saúde), social (medicalização da sociedade) e estrutural (limitação da capacidade de cada indivíduo para o crescimento pessoal e para o autocuidado consciente, com exacerbamento, portanto, da vulnerabilidade e da sua dependência). A intervenção terapêutica ao idoso requer aprendizado e conscientização, que se desenvolve por meio de trocas de saberes entre os atores envolvidos. Tal envolvimento orienta-se pela relação dialógica, respeitando, assim, o indivíduo e seu processo histórico. (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008).

Ainda no pertinente à formação, porém, agora com foco na equipe do PSF, os profissionais foram questionados sobre cursos de atualização e qualificação na Atenção Básica e sobre a saúde da pessoa idosa. Todos responderam afirmativamente quando relacionados à Atenção Básica, porém cinco profissionais referiram raramente e dois com frequência. No concernente à atenção à pessoa idosa, cinco referiram raramente e dois negaram o acesso a cursos com esse tema.

Neste estudo, foi pesquisada também a opinião dos médicos e enfermeiros acerca do Centro de Saúde da Família Mattos Dourado. Percebemos que todos os profissionais do PSF acreditam que o posto tem boa infraestrutura física e equipamentos para acolher os idosos. Seis profissionais de saúde dispõem de consultórios com infraestrutura para atendimento individual, com privacidade visual e auditiva. Já em relação a um carro oficial para realização das atividades externas, como no caso da visita domiciliar, todos os profissionais de saúde acenaram afirmativamente; no entanto, somente três referem que o veículo está sempre disponível (tabela 27).

**Tabela 27 – Avaliação dos profissionais de saúde sobre o CSF Mattos Dourado (\*), 2014**

| <b>CSF MATTOS DOURADO</b>  |            |            |              |
|--|------------|------------|--------------|
| CSF Mattos Dourado   | Sim<br>N.º | Não<br>N.º | Total<br>N.º |
| Tem infraestrutura física e equipamentos para ações básicas e acolhimento dos idosos         | 6          | 0          | 6            |
| Tem consultórios com infraestrutura para atender individualmente o idoso com privacidade     | 6          | 1          | 7            |
| Possui veículo oficial para deslocamento de profissionais para atividades externas – visitas | 7          | 0          | 7            |
| O veículo para deslocamento de profissionais de saúde está sempre disponível                 | 3          | 4          | 7            |
| É adequado para atendimento de pessoas com deficiência, analfabeto e idoso                   | 3          | 3          | 6            |
| Disponibiliza medicamentos básicos com suficiência e regularidade para os idosos             | 5          | 1          | 6            |
| Materiais e equipamentos para o primeiro atendimento na urgência/emergência em idosos        | 1          | 5          | 6            |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Em relação à disponibilidade de medicamentos básicos para os longevos, cinco relataram que há disponibilidade tanto em suficiência como em regularidade. Para metade dos profissionais de saúde, o CSF Mattos Dourado presta um atendimento adequado para pessoas

com deficiência, analfabeto e idoso. Em relação ao primeiro atendimento para os casos de urgência e emergência, cinco profissionais negaram haver disponibilidade de materiais e equipamentos necessários para esse atendimento (tabela 27).

Avaliando o processo de trabalho das equipes do PSF do CSF Mattos Dourado, notamos que todos os profissionais de saúde que preencheram os questionários contribuem com a gestão do trabalho em equipe e todos se responsabilizam pela atenção ao idoso. Além disso, cinco profissionais organizam a agenda do atendimento individual para assegurar ampliação do acesso aos usuários. Por outro lado, quatro referem planejar ações baseadas em diagnóstico situacional, envolvendo rede social e comunidades; quatro realizam gestão do cuidado dos idosos na Atenção Básica e também quatro utilizam estratégias ou ferramentas de abordagem familiar (tabela 28).

**Tabela 28 – Avaliação do processo de trabalho em equipe na Atenção Básica, segundo os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, CSF Mattos Dourado (\*), 2014**

| <b>PROCESSO DE TRABALHO NO CSF MATTOS DOURADO</b>                         |     |     |       |
|---|-----|-----|-------|
| Processo de Trabalho no CSF Mattos Dourado                                |     |     |       |
|   | Sim | Não | Total |
|   | N.º | N.º | N.º   |
| Contribuem com gestão do trabalho em equipe                               | 07  | 00  | 07    |
| Mantém vínculo e se responsabiliza pela atenção ao idoso                  | 06  | 00  | 06    |
| Planeja ações baseadas em diagnóstico situacional envolvendo a comunidade | 04  | 02  | 06    |
| Agenda de atendimento individual assegura ampliação do acesso             | 05  | 01  | 06    |
| Realiza gestão do cuidado do idoso na Atenção Básica                      | 04  | 02  | 06    |
| Utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar                  | 04  | 02  | 06    |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Na tabela 29, encontramos a avaliação dos profissionais de saúde sobre o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família no CSF Mattos Dourado. Todos os profissionais médicos e enfermeiras referiram realizar acolhimento à demanda espontânea e reunir-se periodicamente. Seis profissionais de saúde, dos sete avaliados, evidenciaram realizar visitas sistemáticas aos idosos de forma permanente e oportuna. Por outro lado, percebem que três deles fazem registro e monitoramento da solicitação de exames e de encaminhamento, além

dos seus retornos, e que metade dos profissionais monitora e avalia as ações e resultados alcançados, incluída a saúde do idoso.

**Tabela 29 – Avaliação dos profissionais de saúde sobre o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família no CSF Mattos Dourado (\*), 2014**

| <b>TRABALHO DAS EQUIPES NO CSF MATTOS DOURADO</b>                                   |     |     |       |
|---|-----|-----|-------|
| Trabalho das Equipes no CSF Mattos Dourado  |     |     |       |
|   | Sim | Não | Total |
|   | N.º | N.º | N.º   |
| Visitas sistemáticas aos idosos, de forma permanente e oportuna                     | 6   | 1   | 7     |
| Acolhimento à demanda espontânea em tempo integral                                  | 7   | 0   | 7     |
| A equipe da AB reúne-se periodicamente  | 7   | 0   | 7     |
| Monitoramento e análise das ações e resultados alcançados, incluindo saúde do idoso | 3   | 3   | 6     |
| Registro/Monitoramento dos exames e encaminhamentos, bem como seus retornos         | 3   | 2   | 5     |

(\*) Bairro Edson Queiroz, SER VI, Fortaleza – CE, abril de 2014.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Ao observar esses dados, é notório que os médicos e enfermeiras estão comprometidos com a Atenção Básica e com o cuidado do idoso. Por outro lado, sabendo que eles se responsabilizam pela atenção ao idoso e realizam gestão do cuidado do idoso, cinco dos sete profissionais de saúde referem não solicitar, nem atualizar a caderneta de saúde da pessoa idosa. Isso, provavelmente, decorre de informação que vimos anteriormente, nos quais 70,9% dos idosos negaram ter a caderneta. Esta caderneta foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde, sendo esta uma de suas ações estratégicas baseadas nas diretrizes contidas na PNSPI e nas metas propostas no “Pacto pela Vida” de 2006 (BRASIL, 2010). Portanto, ela é um meio de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa. Sua utilização possibilita ao profissional de saúde planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de Saúde da Família. A não utilização da caderneta demonstra, em parte, o percentual relativo ao questionamento se as equipes realizam acompanhamento integral da saúde do idoso, oportunidade em que metade dos seis profissionais que responderam, negou esse acompanhamento.

Outra ação estratégica sugerida pelo Ministério da Saúde era a utilização na prática diária das orientações contidas no Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e

Saúde da Pessoa Idosa. Esse manual tem por finalidade oferecer subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais atuantes na Atenção Básica (BRASIL, 2010). Dos profissionais avaliados, cinco referiram conhecer o manual e quatro referem não fazer uso na prática diária. Em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a política do idoso (PNAPI) e ao Estatuto do Idoso, os seis afirmaram conhecer parcialmente a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa. E, em relação ao Estatuto do Idoso, um garantiu conhecer completamente e outros cinco parcialmente.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso são dispositivos legais que norteiam ações, sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção deles. Para Martins et al. (2007), é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível. Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos corresponsáveis por esse processo.

Ainda em relação à abordagem comunitária pela equipe do PSF, nota-se que metade dos profissionais de saúde garante participar de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local, com ênfase no desenvolvimento comunitário e na atuação intersetorial. Além disso, três de cinco relataram desenvolver estratégias de integração dos saberes populares e técnico científico. No contexto da APS, esses profissionais de saúde devem assumir uma nova forma de atuar na saúde, substituindo a Medicina curativa, pela integralidade da assistência, tratando a pessoa como sujeito dentro da sua comunidade, observando os aspectos sociais, econômicos e culturais.

No que concerne a promover ações de incentivo à inclusão social no seu território, somente dois de cinco profissionais responderam afirmativamente. Já em relação a ter encontros com a comunidade para desenvolver ações conjuntas, debater problemas locais e planejar assistência e discutir resultados, somente um profissional de saúde, de cinco, afirmou ter esses momentos. Outro ponto avaliado foi a existência de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, relacionados ao atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações, cinco profissionais asseveraram que a equipe disponibiliza esse espaço. Para finalizar a avaliação dos questionamentos relacionados à equipe do PSF, buscamos saber se ela disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários. Assim, seis profissionais responderam afirmativamente.

Na pesquisa, foram abordados temas relacionados à saúde, em que o profissional de saúde referia se conseguia avaliar, assistir ou orientar: todos eles foram afirmativos quanto à mobilidade; cinco profissionais em relação à alimentação e nutrição, vacinação, depressão e quedas; quatro sobre incontinência urinária; quatro acerca avaliação funcional; três referente à acuidade visual, acuidade auditiva, sexualidade e avaliação cognitiva. Quando questionados sobre suporte familiar e social, cinco referiram avaliar o estresse do cuidador e questões relacionadas à violência intrafamiliar e maus tratos contra a pessoa idosa ao passo que quatro referiram realizar a avaliação da funcionalidade familiar.

Neste estudo, foi questionada ainda a utilização de alguns instrumentos ou teste da prática clínica de abordagem pessoal ou familiar do idoso pelos profissionais de saúde do PSF do CSF Mattos Dourado. Dos 16 instrumentos, três profissionais de saúde referiram utilizar a Avaliação da Estrutura Familiar – Genograma; dois referiram utilizar: Avaliação Cognitiva (Mini Exame do Estado Mental), Avaliação das atividades Básicas de Vida Diária (AVDs – Katz), Avaliação dos Recursos Familiares e Comunitários (Ecomapa), Avaliação da Presença de Violências e Maus Tratos Contra a Pessoa Idosa e a Ficha de Notificação de Violência; e um profissional referiu utilizar: Avaliação da Audição (Teste do Sussuro), Avaliação Cognitiva (Teste do Relógio) e Avaliação de Depressão (Escala de Depressão Geriátrica Abreviada).

Não faz parte da prática dos profissionais de saúde do CSF Mattos Dourado a utilização da: Avaliação da Visão (Cartão de Jaeger), Avaliação Cognitiva (Questionário de Pfeffer), Avaliação de Equilíbrio e Marcha (Tinneti), Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs - Lawton), Avaliação da Independência funcional (Medida de Independência Funcional), Avaliação da Funcionalidade Familiar (Apgar de Família) e a Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores. Dentre as dificuldades na aplicação desses instrumentos na Atenção à Saúde da pessoa idosa, todos os médicos e enfermeiros avaliados informaram que necessitam de capacitação; cinco desconhecem alguns instrumentos; quatro referem que falta tempo para realizar essa avaliação; dois se queixam da falta de orientação da gestão e um profissional referiu ausência de infraestrutura, enquanto outro profissional referiu-se à falta de material técnico.

No experimento ora relatado foi questionado ainda sobre as principais dificuldades na atenção à saúde da pessoa idosa. Entre os médicos e enfermeiros avaliados, todos referiram a necessidade de capacitação; três queixaram-se da falta de tempo para avaliar, e um à falta de infraestrutura. Ante os dados, desde a formação – pós-graduação dos

profissionais, boa parte em Saúde da Família/Medicina de Família, era de se esperar uma maior compreensão dos cuidados e maior conhecimento da avaliação da pessoa idosa. Em relação à participação em cursos de atualização e qualificação sobre a saúde da pessoa idosa, cinco profissionais referiram ter realizado raramente e outros dois nunca o fizeram. No que se refere a processo de trabalho, de uma forma geral, apresentaram percentuais elevados, no tocante à organização e ao planejamento de ações. Além disso, a maioria não utiliza a caderneta do idoso e cerca de metade dos profissionais nega realizar acompanhamento integral da saúde do idoso. E, em relação ao uso de instrumentos ou testes de avaliação da pessoa idosa, percebemos o desconhecimento da maioria dos profissionais de saúde e a dificuldade de aplicá-los na prática diária. Uma das queixas dos profissionais é quanto à falta de tempo para utilizar os instrumentos. Como se espera, no entanto, que o acompanhamento no PSF seja longitudinal, é possível em cada consulta realizar a aplicação de um instrumento que seja necessário, não havendo necessidade de aplicar vários em uma mesma consulta. Conforme explicitado, no entanto, um grande problema relatado pelos profissionais de saúde no acompanhamento da pessoa idosa parece estar relacionado à falta de capacitação.

Com a caracterização dos profissionais de saúde, estamos finalizando a primeira fase: análise sócio-histórica. Nesta procuramos se compreender e reconstituir as condições sociais e históricas em que vivem os idosos e os profissionais de saúde. Esse caminho foi didaticamente dividido em cinco partes: caracterização do idoso; caracterização do domicílio; estado de saúde; uso dos serviços de saúde no CSF Mattos Dourado e a caracterização dos profissionais de saúde.

Durante esse processo, conhecemos o perfil dos idosos residentes no Dendê, onde predominaram os longevos de origem rural, as mulheres, os aposentados ou pensionistas, os com baixo poder aquisitivo e que tinham renda familiar 1 a 2 salários-mínimos. Além disso, eles tinham importantes fatores de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como tabagismo, uso de álcool e inatividade física, que contribuíram para a elevada morbidade física encontrada, com registro significativo de DCNT, como hipertensão arterial, diabetes, entre outras. Essas doenças, associadas a outros problemas sociais, podem ter contribuído para uma autoavaliação de saúde onde dois terços dos longevos a consideram de regular a ruim.

Quanto à acessibilidade aos serviços de saúde, a maioria dos longevos reconheceu o CSF Mattos Dourado como o primeiro contato na busca por assistência à saúde. Segundo os dados foi possível perceber que há problemas relacionados ao acesso do idoso a consulta

médica, tanto quando acha necessário, como para agendar consulta de revisão. Mesmo assim, dois terços dos idosos se mostravam satisfeitos com o atendimento prestado pelo PSF. No que respeita à integração de cuidados, um terço dos idosos não consegue ser atendido pelo mesmo profissional de saúde, o que inviabiliza o acompanhamento longitudinal preconizado pela Estratégia Saúde da Família. Isso pode ser uma das causas para o descontentamento dos idosos, que referem que mudariam do CSF Mattos Dourado ou de profissional de saúde se fosse fácil fazer. Outro ponto que poderia contribuir para esse fato seria dificuldade na integração de cuidados. Destacamos também o desconhecimento do PSF pelos idosos. Desconhecendo o programa, não conhecem suas reais atribuições. E, mesmo assim, diante dos problemas relatados, a maioria dos idosos refere perceber que o PSF influencia positivamente suas vidas.

Finalizando essa fase, buscamos conhecer o perfil dos profissionais de saúde que atendem no CSF Mattos Dourado. Nesse grupo, encontramos profissionais experientes, formados há mais de 10 anos, com pós-graduações e com formação para atendimento na Atenção Básica – Saúde da Família. Já no que se refere ao idoso, a maioria dos profissionais nega formação complementar que os qualifica para atenção ao idoso. A falta de capacitação e do oferecimento de cursos em saúde do idoso foi apontada como um fator negativo na assistência ao idoso. Em adição, indicaram que a falta de tempo também influencia para o atendimento inadequado do idoso.

A Hermenêutica da Profundidade, de Thompson, é composta por três movimentos analíticos: contextual, formal e interpretação/reinterpretação. Essas estratégias analíticas não são estanques, nem lineares, ou seja, o processo se dá ciclicamente, e, a todo o momento, se interpreta e reinterpreta o objeto de investigação. A primeira fase contextual da HP nos permitiu um levantamento de informações sobre os idosos que, durante todo o processo, foram interpretadas e reinterpretadas. A seguir, entraremos na segunda fase, a análise discursiva.

## 5.2 - 2ª Fase - Análise formal ou discursiva (fase qualitativa)

A pesquisa qualitativa tem por preocupação alcançar um nível de realidade que não pode ser quantificado. Na lição de Minayo (2004, p. 22), esse tipo de pesquisa lida com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Inicialmente a avaliação qualitativa era restrita à realização de entrevistas em profundidade com os longevos do Dendê. Durante o processo de coleta de dados, porém, notamos a necessidade de mais informações qualitativas para desenhar o quadro da atenção à pessoa idosa na Atenção Primária. Desta forma, foi decidida a realização de um grupo focal com agentes comunitários de saúde, profissional que representa o elemento de ligação da comunidade com o Centro de Saúde.

### 5.2.1 – Entrevista em profundidade com idosos do Dendê

No primeiro momento da pesquisa qualitativa, abordamos as entrevistas em profundidade realizada com idosos. Portanto, os sujeitos da pesquisa foram longevos com 60 anos ou mais, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), moradores da Comunidade do Dendê e usuários do Centro de Saúde da Família Mattos Dourado. O *locus* utilizado para a pesquisa foi o domicílio do entrevistado, com exceção de um idoso, para o qual utilizado o seu local de trabalho. A ideia foi garantir a privacidade e a comodidade do longevo, usando o ambiente que lhe é mais familiar – seu lar.

Os idosos entrevistados na fase qualitativa da pesquisa foram selecionados com base nos 99 idosos que preencheram questionário utilizado na fase quantitativa. A finalidade na amostra qualitativa, segundo Mayan (2001), citada por Bocchi, Juliani e Spiri (2008, p.20), é compreender o fenômeno de interesse, enquanto, na quantitativa, esta visa a generalizar os resultados à população, da qual foi extraída.

Os longevos foram convidados a fazer parte do estudo pelas agentes comunitárias de saúde - ACS, sendo realizado agendamento prévio. O número de idosos a serem entrevistados foi estabelecido por método de amostragem por saturação de dados, que, de acordo com Victora, Knauth e Hanssen (2000, p. 51), é o momento em que a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação. Foram selecionados e

contatados inicialmente dez idosos, dois dos quais não puderam participar das entrevistas, um por motivo de saúde e outro não estava na residência no horário agendado.

Os oito idosos entrevistados foram devidamente informados da finalidade da pesquisa antes do seu início e foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos, de forma simples, facilitando a compreensão do idoso. Nesse momento, foi solicitada a permissão para a gravação da entrevista. Para coleta de dados, utilizamos como instrumento a entrevista em profundidade. As entrevistas foram todas realizadas por nós, gravadas e transcritas literalmente. Segundo Lüdke e Andre (1986), citados por Barboza (2013), isso permite que as transcrições sejam lidas repetidamente, procurando delas extrair a riqueza de informações nela contidas. Além disso, utilizamos o diário de campo, no intuito de registrar gestos, expressões, suspiros, risos e emoções relevantes contidos na linguagem não verbal durante as entrevistas.

Após a realização da sexta entrevista, passamos a perceber um menor acréscimo de informações, considerando o conjunto de informações obtidas nas cinco primeiras entrevistas. Ante a possibilidade de ter ocorrido saturação dos dados, pois, foram realizadas mais duas entrevistas, nos quais pudemos confirmar a falta de dados novos à investigação, levando a considerar o fechamento amostral. Em pesquisa qualitativa, a representação amostral não é numérica. Para Minayo (1993, p. 102), uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, privilegiando os sujeitos sociais que detém os atributos que o investigador pretende conhecer.

Os oito respondentes obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- ter 60 anos ou mais de idade;
- ser residente na Comunidade do Dendê; e
- ser usuário do Centro de Saúde da Família Mattos Dourado.

Para preservação do anonimato dos entrevistados, demos a cada um o nome de um poeta brasileiro (nome-fantasia)<sup>12</sup>. No quadro 4, citamos o nome dos poetas escolhidos e um pequeno trecho de uma poesia ou crônica desse poeta, abordando temas como o envelhecimento e a velhice.

---

<sup>12</sup> Na referência dos poetas, não utilizamos pseudônimos para identificar os autores das obras das quais os textos do Quadro 4 foram retirados. Utilizamos o nome legal.

No decorrer do trabalho, vamos utilizar apenas o primeiro nome desses poetas. Dessa forma, os entrevistados foram: **ADÉLIA** (mulher, 72 anos), **CARLOS** (homem, 65 anos), **CECÍLIA** (mulher, 64 anos), **CORA** (mulher, 61 anos), **MÁRIO** (homem, 69 anos), **MARTHA** (mulher, 70 anos), **OLAVO** (homem, 75 anos) e **RAQUEL** (mulher, 80 anos).

Foram encontradas três categorias de análise:

**Categoria 1 – Cheguei lá, não fui atendido!**

**Categoria 2 – Boniteza não compra beleza, o que precisa é médico.**

**Categoria 3 – Quando consigo ser atendido, sou bem atendido.**

| NOME                     | POESIAS / CRÔNICAS   |
|--------------------------|--|
| <b>ADÉLIA PRADO</b>      | <i>Manuscritos de Felipa</i> - [...] Envelheço para trás, ideia consoladora, porque / envelhecer para trás é voltar ao começo, ao lugar ageográfico onde se iria casar, ter filhos, <i>uma casa com coisas minhas</i> .        |
| <b>CARLOS DRUMMOND</b>   | <b>Os Velhos</b> - Todos nasceram velhos - desconfio. / Em casas mais velhas que a velhice, / em ruas que existiram sempre [...] / Nem me vêem passar. Não me dão confiança.   |
| <b>CECÍLIA MEIRELES</b>  | <b>Retrato</b> - [...] Eu não tinha estas mãos sem força, / tão paradas e frias e mortas [...] / Eu não dei por esta mudança, / tão simples, tão certa, tão fácil: / Em que espelho ficou perdida a minha face?                |
| <b>CORA CORALINA</b>     | <b>Assim eu vejo a vida</b> - [...] Que eu possa dignificar / Minha condição de mulher, [...] Nasci em tempos rudes / Aceitei contradições / lutas e pedras / como lições de vida / e delas me sirvo / Aprendi a viver.        |
| <b>MÁRIO QUINTANA</b>    | <b>Reflexos, Reflexões...</b> - Quando a idade dos reflexos, rápidos, inconscientes, cede lugar à idade das reflexões terá sido a sabedoria que chegou? Não! Foi apenas a velhice. [...] a idade é o menor sintoma de velhice. |
| <b>MARTHA MEDEIROS</b>   | <i>Strip-Tease</i> - [...] envelhecer, quem sabe / não seja assim tão desastroso me interessa perder esta ansiedade / me atrai ser atraente mais tarde / um pouco mais de idade, que importa.                                  |
| <b>OLAVO BILAC</b>       | <b>A Velhice</b> - [...] Não choremos, amigo, a mocidade! / Envelheçamos rindo. / Envelheçamos / Como as árvores fortes envelhecem, / Na glória de alegria e bondade.  |
| <b>RAQUEL DE QUEIROZ</b> | <b>A Velha Amiga</b> - [...] a morte é a amante dos moços e a companheira dos velhos. Para nós, foi se tornando pouco a pouco uma velha amiga, a se anunciar devagarinho: o cabelo branco, a preguiça, a ruga no rosto.        |

**Quadro 4 - Poetas Brasileiros e Poesias/Crônicas sobre a Velhice, nomes-fantasia dos entrevistados. Fortaleza-CE, 2014**

Fonte: elaboração própria.

Os dados coletados na transcrição das falas das pessoas entrevistadas, após exaustivas leituras, foram organizados de forma sistemática em três categorias. O título de cada categoria foi representativo e retirado da fala dos idosos. No Quadro 5, descrevemos as categorias e os seus significados.

| <b>CATEGORIAS</b>  | <b>SIGNIFICADO</b>   |
|--|--|
| <b>Categoria 1 - Cheguei lá, não fui atendido!</b>                       | Relacionado à dificuldade de acesso ao serviço de saúde.                                     |
| <b>Categoria 2 - Boniteza não compra beleza, o que precisa é médico.</b> | Dificuldade de contato direto com o médico – consulta médica. Valorização da atenção médica. |
| <b>Categoria 3 - Quando consigo ser atendido, sou bem atendido.</b>      | Satisfação com o atendimento prestado pelos médicos.   |

**Quadro 5 - Descrição das categorias e seus significados. Fortaleza-CE, 2014**

Fonte: elaboração própria.

*5.2.1.1 Categoria 1 - Cheguei lá, não fui atendido*

A Atenção Básica é o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Portanto, diante de um problema de saúde, é frequente as pessoas procurarem um posto ou centro de saúde, principalmente quando possuem condição social desfavorável, não tendo outra opção. Esta descrição retrata um pouco da situação de muitos longevos do Dendê. Por outro lado, esse é o caminho a ser seguido pelos idosos usuários do SUS, segundo o que rege a PNSPI: a atenção à saúde da pessoa idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica. No discurso dos longevos entrevistados, há dificuldade no acesso do idoso ao serviço de saúde da Atenção Básica.

O acesso é a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde, que, segundo Starfield (2004), permite ao usuário o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Embora o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira tenha aumentado desde a criação do Sistema Único de Saúde e da implantação do Programa de Saúde da Família, ainda assim, há muitos desafios perante as desigualdades sociais brasileiras.

A desigualdade se encontra tanto nas condições de saúde, como no acesso e utilização de serviços de saúde. No primeiro, há oportunidades diferenciadas em função da posição social da pessoa, já que grupos socialmente menos privilegiados denotam maior risco de adoecer e morrer, caracterizando situações de injustiça social. No segundo, a desigualdade

está no acesso e utilização de serviços de saúde, que recebe intensiva influência das características do sistema de saúde atual (TRAVASSO; CASTRO, 2012).

*[...] Tô tão assim sem corage, com câimbra nas pernas por causa dessas veia, já fui marcar minha consulta, marquei hoje, [...] daqui a quatorze dias, mas é o jeito, a demanda tá... a demanda é muito grande a comunidade tá crescendo mas, se é grave? (ADÉLIA, 72 anos, mulher). [...] Se eu marco uma consulta, tá entendendo? E não fui, não fui atendido, que dizer, se fosse um problema mais sério, já tinha me lascado, nera? (CARLOS, 65 anos, homem). [...] Meu Deus do céu, quantas vezes fui e vortei... sem conseguir nada. Eu quero saber se é pela cara. Porque tem gente que disse que consegue. Devo ser muito feia mesmo, né! (MARTHA, 70 anos, mulher).*

Exemplo dessa iniquidade no acesso é o atendimento dos brasileiros pelas equipes do PSF. Para Madeiro (2013), seis em cada dez moradores das 27 capitais brasileiras não são atendidos. Com a baixa cobertura de PSF nas capitais, como assegurar a atenção à saúde da pessoa idosa? Essa grita da população relativa à utilização dos serviços de saúde, diuturnamente, anda estampada nos jornais e revistas. Dessa forma, não nos surpreende essa situação refletida na fala dos idosos entrevistados, quando referem: *Cheguei lá, não fui atendido!*

Há períodos na vida de maior vulnerabilidade biológica, um dos quais decorre do envelhecimento. Esse período pode estar associado ao risco de ocorrências adversas, como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte. A fragilidade nos longevos decorre de uma síndrome multidimensional que envolve a interação complexa dos fatores biopsicossociais no curso de suas vidas. Como os idosos têm maior chance de adoecer, também têm mais necessidade de cuidados de saúde. E é essa necessidade o fator central na utilização dos serviços de saúde. Por isso, é nos extremos do ciclo de vida que a utilização dos serviços de saúde é mais intensa, como observado nas PNADs (2003, 2008), consoante é Travasso e Castro (2012). Para esses autores, as pessoas que mais necessitam da utilização desses serviços, e que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados, têm menor probabilidade de utilizar esses serviços. O acesso da pessoa idosa, desfavorecida socialmente, pelo PSF, é uma tentativa de assegurar o princípio da equidade, tratando as diferenças na busca da igualdade. O que se observa, no entanto, na fala desses longevos é o descaso para com os agentes – os quais escreveram a história do País.

*[...] Vou pro posto, vai doente hoje, vamos supor vou marcar pra mês que entra ainda, tá errado, não? É pra ser atendido naquela hora. Comé que você tá doente, vai pro médico hoje e vai marcar daqui um mês, marca lá? Marca? Daqui tal dia você vem, se você tá lascado mesmo, morre! Tinha que ser na hora. (MÁRIO, 69 anos, homem) [...] Mas o problema não é esse, o problema é social e clínico, clínico e social, quer dizer, quando eu não sou atendido pelo médico, aquele problema social me irrita, e ainda fico mais pior ainda, porra, vim pro médico, precisa fazer uma coisa, num é chato? Você se deslocar daqui, naquele horário certinho quando chego lá, não a doutora não veio. (CARLOS, 65 anos, homem) [...] Demora, uns quinze dias, às vezes um mês, aí é por vaga né, assim me disseram, assim eu fui e é assim mesmo. É muito tempo? É, mais, é meu patrão, mas é o seguinte eu sou um cara sincero, eu sou um cara analfabeto, sou um cara sincero, em todo canto é assim, você tem que entender que é isso mesmo. (OLAVO, 75 anos, homem).*

Nos discursos, os entrevistados tratam de barreiras de acesso aos serviços de saúde, dentre as quais as de teor organizacional. Estas barreiras expressam as características da organização dos serviços, da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam sua utilização (TRAVASSO, CASTRO, 2012). A discussão desse tema é importante já que, segundo Starfield e Shi (2002), há evidências de que programas bem estruturados de atenção primária afetam positivamente o acesso, melhorando as condições de saúde das populações cobertas e conseguem reduzir desigualdades sociais em saúde.

O acesso e a utilização de serviços de saúde pelo grupo dos longevos mantêm semelhanças com o descrito para a população geral, conservando o padrão de desigualdades. De acordo com Lima Costa et al (2003), os idosos de baixa renda denotam piores condições de saúde e de estado funcional, procuram menos serviços de saúde e realizam menos consultas médicas. Por vezes, encontramos idosos conformados com os problemas organizacionais, sentindo-se satisfeitos apenas com a possibilidade de serem atendidos: *eu sou um cara analfabeto, sou um cara sincero, em todo canto é assim, você tem que entender que é isso mesmo*. Na verdade, esses idosos desconhecem seus direitos. A seguir, na Categoria 2, continuaremos tratando a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, porém, com foco na atenção médica.

### 5.2.1.2 Categoria 2 – Boniteza não compra beleza, o que precisa é médico

O acesso aos serviços de saúde é, muitas vezes, visto pelos idosos como uma dificuldade em conseguir a consulta com o profissional médico. Isso se explica, em parte, pelo caráter de fundamentalidade da profissão médica, evidenciado na importância que a Medicina assume nas sociedades ocidentais modernas. Isso, entretanto, foi um processo sócio-histórico e cultural paulatino, no qual, pouco a pouco, a profissão médica foi se destacando. Autores como Foucault, Lacqueur e Rodhen relacionam esse fato às mudanças ocorridas na Medicina, área na qual o conhecimento científico se sobrepõe ao conhecimento mítico. Após o nascimento da Medicina científica no século XVIII e sua evolução no século XIX, pouco a pouco os médicos ganham destaque e poder na sociedade, enveredando também no âmbito legislativo. Nesse processo, um passo fundamental foi assumir a importância do processo saúde-doença. Para Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p.29), saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações do homem com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (pelo trabalho, relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e em certo tempo histórico. Ao assumir esse discurso, a Medicina auferiu destaque também no campo social.

*[...] O posto lá muito bonito pra fazer atendimento adequado. Só que hoje eu fui, a boniteza tá, mas a boniteza não compra beleza, nós como idoso você sabe que a doença não manda avisar nem a morte, tá uma coisa assim, não tá controlada, que nos era pra ser, pra ter preferência, e não tem. Não tá controlada, não consegui ver o médico, é um impurra pra cá, impurra pra lá, e cadê o médico? (ADÉLIA, 72 anos, mulher) [...] eu cheguei aqui gripada, com febre e pedi pra butar pra ser atendida. Não! Porque o doutô não vem hoje. Pode butar pra qualquer doutô. Não pode! Voltei pra trás (RAQUEL, 80 anos, mulher). [...] é muita enganação. Você vê aquilo tudo bunito, mas que adianta se eu não vejo o médico. É difícil demais. Antes ia de madrugada pra tentar ser atendido, eu querendo vê o doutor, aí nada, nada, nada. (CORA, 61 anos, mulher).*

Nesse contexto, o médico é alvo de reconhecimento da sociedade, e carrega em si um capital social e simbólico, intimamente ligado ao domínio do conhecimento científico sobre o diagnóstico, a terapêutica e a cura de doenças.

*[...] no último dia que fui lá, eu tinha precisão que meu remédio tinha acabado, tenho problema de pressão. Mandaram eu ser atendido por um enfermeiro, aí eu disse pra moça lá, que eu não tava com ferida não, atendi bruscamente, porque já tava com pressão alta, tava com raiva mesmo, eu não tinha ferida no meu corpo pra ser atendida por uma enfermeira. A enfermeira que eu conheci, na minha época, no meu tempo, era pra fazer um curativo, pra fazer, pra dá uma injeção e tudo né, eu tava, eu queria era um clínico pra poder me atender, aí não fui atendido, não fui mais não (CARLOS, 65 anos, homem). [...] é difícil. Tem que tá morrendo pra vê o douto. Nem isso. Outro dia, minha vizinha passou mal, disse que veio no posto e num foi atendida. E eu acredito. Sei não, quando a gente magina que as coisa melhora... nada. Tá difícil de conseguir vê o doutor. Só esse mês já fui duas vezes e nada. (CECÍLIA, 64 anos, mulher). [...] Se tem, uma dificuldade que eu sei, é que querem marcar pra bem longe, mas nós num tá duente é hoje? De que me servi? Ninguém liga pra pobi. Pode é morrer. Não tem nada contra ninguém, mas eu quero consultar com o doutô. (MARTHA, 70 anos, mulher).*

O reconhecimento da importância do profissional médico na vida dos idosos é muitas vezes expresso em suas falas: *só Deus pra dá a elas o que eu não posso arecompensar*. Esse reconhecimento parte primordialmente da consulta que, para Spence (1960), citado por Pendleton (2011, p. 14), *é a atividade central da medicina e, como tal, merece ser entendida*.

Vários são os fatores que podem influenciar a consulta médica. No contexto imediato, o ambiente físico faz parte de influências não relacionadas ao paciente em uma consulta. Durante as entrevistas, relendo as falas e observando a linguagem não verbal, é notório que as queixas relacionadas à reforma da estrutura física do Centro de Saúde fazem parte de uma contestação que, frente a tanta “beleza”, não se consegue dar atenção a sua necessidade mais imediata, ou seja, conseguir uma consulta médica. Dessa forma, não é que o usuário ache desnecessária uma reforma no Centro de Saúde, que tem por finalidade o benefício de todos. Para Pendleton (2011, p. 53), os prédios e equipamentos podem ter influência sobre como o médico trabalha com seus pacientes, influenciando no humor do médico e do paciente. Não que seja impossível prover cuidados em circunstâncias adversas, mas é mais difícil manter a qualidade.

Outro ponto a ser observado é a falta de informação dispensada aos usuários do SUS. Um exemplo disso é que alguns usuários de serviços de saúde são levados a não reconhecer na Estratégia de Saúde da Família o trabalho desenvolvido em equipe e as atribuições dos outros profissionais de saúde. O desconhecimento da população em relação à Atenção Básica pode ser refletido nos números da fase quantitativa, pois 35 (39,1%) dos 99

idosos do Dendê referirem não conhecer o PSF. Todos esses idosos, entretanto, são usuários do CSF Mattos Dourado e 76 (77,5%) deles referiram saber quem é a equipe responsável pela área onde eles moram. Em virtude de tanta desinformação, por vezes, os usuários passam a desvalorizar a atenção prestada por outros profissionais de saúde, por desconhecerem sua área de atuação e o seu relevante papel na saúde pública.

Na área da saúde, é consenso o fato de que a avaliação da pessoa idosa deva ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional, no intuito de quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso. Dessa forma, ante diversos olhares, será possível estabelecer um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários de maneira mais adequada. Na Comunidade do Dendê, encontramos população de idosos de baixo poder aquisitivo, com ínfima escolaridade, vivendo em domicílios multigeracionais, com infraestrutura precária. Experimentam a vulnerabilidade social, cognitiva, física e funcional. Sendo assim, se faz necessário um suporte multiprofissional, com abordagem das condições agudas e crônicas, difusão de conhecimentos e recursos de reabilitação, bem assim com ações visando à inclusão social. A seguir, na Categoria 3, voltaremos a abordar a consulta médica à pessoa idosa sob a óptica da satisfação do usuário.

### *5.2.1.3 Categoria 3 – Quando consigo ser atendido, sou bem atendido*

O SUS realiza anualmente 531 milhões de consultas médicas, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Portanto, o ato de se consultar com um médico passou a ser uma ocorrência mais comum entre boa parte da população brasileira. No livro *A Nova Consulta*, Pendleton et al. (2011, p. 53) tratam de elementos que afetam o conteúdo e/ou os seus resultados das consultas. Na perspectiva do paciente, temos várias dimensões: física (como o paciente se sente); psicológica (percepção e entendimento do mundo frente a uma complexa teia de ideias, crenças, emoções, expectativas) e social (influência da família, comunidade, religiosa, demográfica). Em relação aos resultados imediatos da consulta, há evidências de correlações significativamente positivas entre a satisfação do paciente e três aspectos do comportamento médico: prestar informação, estabelecimento de uma parceria e a fala positiva.

*[...] O atendimento do posto, pra mim aqui, como já disseram uma vez aqui, foi ótimo, lá que eu me curei, só não fiquei foi bom, mas me curei. Fiquei curado, bem dizer por completo. Problema de cigarro, os doutô foi muito bom (OLAVO, 75 anos, homem) [...] A dotora dessa rua aqui é boa, consuta bem, mas qualquer coisa que chegar lá ela me atende bem. Agora não tinha como nossa Unifor, sinto muita falta, gostava mesmo era do Nami. Eu tive muito doente e as pessoas ali me ajudaram tanto, só Deus pra dá a elas o que eu não posso arecompensar. (ADÉLIA, 72 anos, mulher) [...] não, as vez que consegui, por né fácil, o dotô me recebe bem, me ouve, passa meus remédios. Nada pra falar dela. (CORA, 61 anos, mulher).*

O levantamento suplementar de saúde da PNAD 2008 demonstra que 67,7% da população residente brasileira realizam consultas médicas nos 12 meses anteriores à data da entrevista. Em relação às pessoas idosas de 65 anos ou mais, o percentual foi de 82,3%. Quanto à avaliação do atendimento, 86,4% avaliaram como “muito bom ou bom”, sendo que, de todos os atendimentos, 58,6% foram realizados em instituições públicas (IBGE, 2010). Para Hollanda *et al.* (2012), citados por Mendes *et al* (2013), a baixa expectativa em relação ao serviço pode conduzir a maior satisfação, como elevado grau de exigência pode levar a menor satisfação com o serviço. Segundo esses autores, a literatura revela uma satisfação elevada de usuários, sobretudo entre os médicos e enfermeiros.

Os idosos do Dendê, quando atendidos se mostram satisfeitos com o atendimento prestado no Centro de Saúde. No Brasil, de acordo com a PNAD 2008, o posto ou centro de saúde foi o local mais declarado como normalmente procurado e, deste, os principais usuários são pessoas pertencentes às classes de rendimento mensal domiciliar *per capita* mais baixas. Nos domicílios com rendimento *per capita* de até ¼ do salário-mínimo, 77,2% das pessoas procuravam regularmente o posto (IBGE, 2010). Os idosos do Dendê, como referido anteriormente, possuem baixo poder aquisitivo, ínfima ou nenhuma escolaridade, vivem em moradias simples, sem saneamento básico.

Com a dura realidade vivida pelos longevos entrevistados, nesse momento, é possível supor que a garantia do atendimento médico está ligada à satisfação do usuário. De acordo com Fitton e Acheson (1979), citados por Pendleton *et al* (2011, p. 46), os pacientes não parecem fazer grandes esforços para procurar médicos específicos e a maioria parece relativamente satisfeita com seus médicos. Para esses autores, os pacientes parecem racionalizar a ideia de que o tipo de médico que querem é o tipo de médico que têm.

*[...] O que eu acho aí é o seguinte, só há um negócio errado aí, é o seguinte. Aí, tudo até, eu até fui bem atendido aí pelo doutô, graças a Deus num fui mal atendido. Eu só acho ruim aí é você quer fazer o um exame fica na fila de espera (MÁRIO, 69 anos, homem) [...] óia, se a gente tenta, tenta vê o doutô é porque precisa, ou você acha que quero tá dentro do posto toda hora? Nas necessidade eu brigo pra ser atendida. O doutô já sabe (risos). As vez, reclama, mas num deixa de atender. Nós tudo fala bem dele. (CECÍLIA, 64 anos, mulher). [...] Vez em quando as autoridades fala, não porque tem que ter a proteção ao idoso, porque num sei que, o idoso já trabalhou muito, porque num sei que, quando a gente chega nos canto, a única prioridade que você tem é receber uma senha de prioridade. Num tô, reclamo nem do posto, porque do atendimento, nem nada, tô falando é não tinha o atendimento, quando ela atendia, tudo bem, as pessoas daí são gente boa, tá entendendo? O atendimento do médico é bom! (CARLOS, 65 anos, homem).*

Em outra perspectiva, de acesso à informação e reconhecimentos dos seus direitos, a avaliação de satisfação realizada pelos usuários idosos pode contribuir no sentido de monitorar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas a serem implementadas, tornando-se, pois, um instrumento de aperfeiçoamento de estratégias da gestão. A satisfação dos usuários pode ocorrer quando as suas necessidades e expectativas são satisfeitas, levando a percepções mais positivas e no alcance dos resultados esperados (CRUZ e MELLEIRO, 2010, citado por MENDES et al, 2013). A participação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde torna-se a cada dia mais essencial, pois há contribuições realistas e pertinentes na trilha da melhoria dos cuidados de saúde.

Na segunda fase – discursiva, o hermenêuta deve voltar a visão para os aspectos internos da forma simbólica. Desta maneira, buscamos, por meio da interpretação das entrevistas em profundidade, trabalhar as falas gravadas, bem como as expressões, gestos e risos registrados no diário de campo, realizando uma análise diferenciada na identificação de padrões de relações contidos nessas formas simbólicas. Nesse processo, o contexto sócio-histórico não foi esquecido, havendo um esforço de tentar relacionar com as formas simbólicas, interpretando e reinterpretando.

Dessa análise qualitativa foram identificadas três categorias de análise, versando sobre: a dificuldade de acesso ao serviço de saúde; dificuldade de consulta com o médico; e a satisfação com o atendimento prestado pelos médicos. Sabemos que essas categorias estão longe de privilegiar vários assuntos relevantes relatados pelos os idosos, porém, esses foram os assuntos que se destacaram em praticamente todas as entrevistas. Por outro lado, as duas

fases da Hermenêutica da Profundidade já discutidas, com seus enfoques quantitativo e qualitativo, são complementares. Por vezes, identificamos numericamente os fenômenos, como quando identificamos o fato de que cerca de dois terços dos idosos tinham a dificuldade para se conseguir uma consulta médica ou agendar uma consulta de revisão, e, ao mesmo tempo, vimos esse tema se transformar em uma categoria e ser aprofundado em seus significados mais essenciais.

### *5.2.2 – Grupo focal com agentes comunitários de saúde do Dendê*

A ideia da realização do grupo focal partiu da necessidade de buscar mais informações sobre a atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde. Portanto, no segundo momento da fase qualitativa, optamos por efetivar o grupo focal com agentes comunitários de saúde - ACS. Essa escolha decorreu da importância que esse profissional tem na estrutura do Programa de Saúde da Família - PSF e do potencial de informações de que pode dispor, já que tem uma visão privilegiada de toda atenção à saúde no âmbito da APS. O ACS é morador da comunidade, tem livre acesso à casa dos idosos e deve ter livre acesso aos profissionais de saúde do CSF Mattos Dourado. Portanto, é o profissional que está em contato direto com a comunidade e com o serviço de saúde.

Há uma década e meia, Minayo (2000, p.19), ao tratar da saúde, já ressaltava a importância da técnica do grupo focal sob o ângulo do social, estudando representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população. Essa técnica é apropriada para esclarecer o modo como as pessoas consideram uma experiência ou uma ideia e, durante a reunião, obter informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou ainda sobre a forma como agem (GIOVANAZZO, 2005). Para Gatti 2005, citado por Zimmermann e Martins (2008), o grupo focal é uma técnica para coleta de dados utilizada quando se intenta compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições. Sendo assim, o método dialético ganha força, já que a contradição é a mola impulsionadora para o desvelamento do real, da apreensão do real.

Para realização dessa atividade, utilizamos a sala dos agentes comunitários de saúde do CSF Mattos Dourado. O local foi escolhido por sugestão dos próprios profissionais, em decorrência do fácil acesso e da comodidade, já que precisariam estar no Centro de Saúde na mesma manhã. Essa ação ocorreu com permissão da coordenação do CSF Mattos Dourado.

Foram selecionados oito profissionais, sendo dois representantes de cada área das equipes de PSF. Como critérios de inclusão selecionamos agentes de saúde, residentes nas áreas das quatro equipes de Saúde da Família do CSF Mattos Dourado, e que trabalhassem na área há pelo menos seis meses, independentemente da idade e do sexo. Compareceram seis agentes, quatro mulheres e dois homens, o que não inviabilizou o grupo, já que havia sido garantida a representatividade das áreas e um número mínimo de participantes. Para Vaughn, Schumm e Sinagub (1996), de uma forma geral, um grupo focal deva ter de seis a doze pessoas. Segundo os autores, um número menor do que seis pessoas seria insuficiente para estimular o diálogo.

Antes do início da sessão, informamos – como pesquisador/moderador – a todos os participantes dos objetivos e da importância desta pesquisa. Todos foram estimulados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo solicitada a permissão para gravarmos a sessão. Além disso, é importante ressaltar que foram obedecidos os princípios éticos dispostos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Depois de gravadas, as falas foram transcritas para facilitar a análise e possibilitar maior gama de informações. Na análise qualitativa dos dados, os materiais narrados foram organizados, ordenados e depois foi feita a validação da análise temática e, por último, integraram-se os materiais em um todo significativo. No intuito de preservar o anonimato, denominamos os participantes com nomes de personalidades brasileiras (nome-fantasia) envolvidas com a saúde pública ou causas sociais. Em razão de confidencialidade, não revelaremos a idade dos participantes. No quadro 6, indicamos o nome dessas pessoas que fizeram parte da história do Brasil.

| <b>NOME</b>          | <b>HISTÓRIA DE VIDA</b>   |
|----------------------|---|
| <b>ANA NÉRI</b>      | Precursora da Enfermagem no Brasil e uma das heroínas da Guerra do Paraguai. Serviu por quase cinco anos como enfermeira voluntária ao lado do Exército brasileiro.               |
| <b>BERTHA LUTZ</b>   | Pioneira da luta pelo voto feminino e pela igualdade de direitos entre homens e mulheres no País. Defendeu a mudança da legislação referente ao trabalho da mulher e dos menores. |
| <b>CARLOS CHAGAS</b> | Médico sanitário, cientista e bacteriologista brasileiro. Atuante na saúde pública do Brasil. Destacou-se ao descobrir o protozoário <i>Trypanosoma cruzi</i> e a D. de Chagas.   |
| <b>EMÍLIO RIBAS</b>  | Médico, trabalhou no combate às epidemias e endemias. Criou o Instituto Butantan. Combateu a febre amarela, exterminando com êxito o mosquito em cidades paulistas.               |
| <b>IRMÃ DULCE</b>    | Obstinada, peregrinava em busca de ajuda para os idosos, doentes, pobres, crianças e jovens carentes. Construiu o albergue, orfanato e o Hospital Santo Antônio.                  |
| <b>ZILDA ARNS</b>    | Médica pediatra e sanitária brasileira. Fundadora e coordenadora internacional da Pastoral da Criança e da Pastoral da Pessoa Idosa (CNBB).                                       |

**Quadro 6 – Personalidades Brasileiras. Fortaleza-CE, 2014**

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao perfil dos entrevistados, são agentes comunitários de saúde, residentes na Comunidade do Dendê, sendo em sua maioria do sexo feminino, com média de idade de 41 anos. É importante ressaltar que, de forma geral, o número absoluto de mulheres agentes comunitárias de saúde tem sido superior desde a criação do Programa. Este foi idealizado no Ceará, quando, “numa perspectiva prevencionista”, em 1987, fez parte de um programa emergencial (“frente de trabalho”) em combate à seca, com predominância das mulheres que realizavam ações básicas de saúde. Em virtude do êxito dessa experiência na redução da mortalidade infantil, foi institucionalizado como uma política do governo do Ceará, posteriormente oficializado pelo Governo Federal e incorporado ao PSF (PAULA, VALENTIM, 2012). A situação econômica dos entrevistados mostra homogeneidade: a maioria tem como fonte de renda exclusivamente o trabalho como ACS, sendo que alguns deles somam a esta outro tipo de renda. Do ponto de vista da escolaridade, todos terminaram o ensino médio, e um deles está fazendo curso técnico.

Ao analisar as falas dos agentes comunitários de saúde referentes à sua profissão e a atenção integral à saúde da pessoa idosa, foi possível identificar as seguintes categorias de análise retirada de suas falas: PSF, o que é? O ACS é tudo e é nada! Tem sim, dificuldade de ver o doutor! Velhice não dá prioridade na saúde! Não cuida nem “duma” parte, vai cuidar do todo? Reabilitação? Não sei, nunca vi! Falta remédio e ponto! A partir daí, procuramos debater o material coletado no Grupo focal de modo a buscar informações complementares e elucidativas sobre a atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

#### *5.2.2.1 PSF, o que é?*

O PSF foi criado em 1994, no intuito de reverter o modelo assistencial então vigente, com predomínio o atendimento emergencial ao doente, principalmente em grandes hospitais. No PSF, a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Após vinte anos, a estratégia adotada pelo Governo Federal não é de conhecimento de muitos idosos do Dendê. Observe como os ACS abordaram esse tema:

*[...] os idosos sabem do PSF. Só eu não! E com direito a sem comentários. Isso não é divulgado. Devia começar a ser divulgado na televisão. Se depender do posto para isso, muito menos (CARLOS, homem). [...] só um ou outro sabe. O povo acha que todas informações tem que ser dada pelo ACS. Mas não é. As vezes a gente também tem dificuldade, e pra passar isso de forma mais clara a gente também deveria ter a capacitação (DULCE, mulher). [...] é verdade. O idoso num sabe. O médico e o enfermeiro devia passar essa informação. O que eles vão saber é por nós, do que a gente pode passar para eles (ANA, mulher). [...] PSF, o que é? Tem mesmo essa dificuldade sim, por mais que eu diga, eles não sabem (EMÍLIO, homem). [...] Acontece de saber que a gente está na área trabalhando e eles dizerem assim: “eu nunca vi um agente de saúde! Só quem vive na minha casa é você”. A gente explica, nós somos agentes de saúde. Ah, mas eu não sabia. E a gente já tem explicado (ZILDA, mulher). [...] eu, com sinceridade, tenho o sonho de ter a equipe formada para estar lá junto com nossos idosos, o PSF tem assim, o agente de saúde, o técnico de enfermagem, o USB, o dentista, o médico e a enfermeira, se existe isso é dentro do posto, na comunidade mesmo não tem (BHERTA, mulher);*

Observamos pelos relatos dos ACS que não há mais o interesse de explicar à comunidade sobre o PSF, seus objetivos, suas ações. No caso do Dendê, a falha de comunicação entre a população e o posto de saúde veio desde a implantação do PSF. Desde 1978, os moradores do Dendê passaram a ter assistência médica no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI / UNIFOR (PORDEUS, 1999). Em 1996, a comunidade do Dendê passou a ser assistida também pelo Centro Integrado de Educação e Saúde – CIES até julho de 2006. Naquele ano, foi totalmente reconstruído pela Fundação Edson Queiroz, incorporou quatro equipes do PSF e passou a denominar-se Centro de Saúde da Família Professor Francisco Maurício de Mattos Dourado, sendo inaugurado em 12 de fevereiro de 2007. Com a assinatura de um termo aditivo ao convênio de cooperação técnica, didática e científica entre a Prefeitura Municipal e a Fundação Edson Queiroz, o Centro de Saúde manteve-se prestando serviços de Atenção Básica à população e o NAMI assumiu gradativamente o papel de Centro de Especialidades Médicas.

A falha de comunicação começou nessa época, quando a população não fez parte desse processo de mudança, ficando à margem da discussão. Em atividades acadêmicas da UNIFOR, onde há o encontro de alunos com líderes comunitários, como a “Toinha”, ouvimos certa vez: “PSF? Não sei o que é. Ninguém nunca me disse. Agora não quero mais saber”. Os líderes também comentam da frustração de não serem mais atendidos diretamente pelo NAMI: “antes, bastava mostrar a conta de luz com endereço para ser atendido. Agora, tem que passar pelo posto”. Outro ponto importante a ser observado é que os idosos e os ACS reclamam da ausência das equipes de saúde das áreas. Não há uma sensação de pertença das

equipes do PSF. Isso podemos ver no relato dos ACS: “eu, com sinceridade, tenho o sonho de ter a equipe formada para estar lá junto com nossos pacientes... se existe isso é dentro do posto, na comunidade mesmo não tem”.

#### 5.2.2.2 *O ACS é tudo e é nada!*

Na APS, o agente comunitário de saúde é um elemento fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde. É um profissional que conhece mais do que ninguém a comunidade onde atua, pois é da comunidade e a representa dentro do serviço de saúde. Suas atividades passaram a ser regidas pela Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, a qual retrata que as atividades do ACS são: a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, o registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor da saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

No entendimento de Pinto e Fraccolli (2010), o agente de saúde é a ponte entre o saber técnico das equipes de saúde ao saber popular nos diversos grupos sociais. Seu trabalho expressa três dimensões: de ordem técnica (atende pessoas e famílias com ações de monitoramento de grupos/doenças prevalentes e de risco, em visitas domiciliares e informação em saúde com base no saber epidemiológico e clínico); a de teor político (reorienta o modelo de atenção à saúde na discussão dos problemas e organização da comunidade, auxiliando no fortalecimento da cidadania, em visitas domiciliares e Educação em Saúde, com base nos saberes da saúde coletiva) e a dimensão da assistência social (há uma tentativa de se resolver questões, entre as quais a de acesso aos serviços).

A consolidação do SUS depende de uma série de fatores técnicos, políticos, sociais e econômicos. Dentre os agentes envolvidos nesse processo, o agente de saúde, sem dúvida, tem papel fundamental; no entanto, sob o ponto de vista institucional se observa a desvalorização do trabalho do ACS. Segundo o relato dos agentes de saúde, na prática, seu trabalho é solitário e contínuo, sofrendo pressão da comunidade que, reconhecendo nele um aliado, um porta-voz de suas necessidades, abordando-os em qualquer local,

independentemente do horário de trabalho, final de semana ou feriado, sendo fontes de informação permanente do processo de organização dos serviços de saúde. Como um personagem mediador de institucionalidade em relação à comunidade, sente-se angustiado por não conseguir atender às demandas da população, ensejando frustração e desestímulo no trabalho. Vejamos seus relatos:

*[...] Não vou mentir, hoje eu não tenho esse estímulo todo. Só, eu não vou poder resolver a situação dos pacientes, do idoso, seja lá de quem for. Tem que ser a equipe, e a gente não tem isso (ZILDA, mulher). [...] eu vejo que vocês nos enxergam de outra forma, uma base, aquela coisa toda, mas a base na verdade também tem que ser estruturada. A própria categoria do agente de saúde vive em crise. Eu acho difícil alguém aqui ter aquela motivação para trabalhar, de fazer aquele serviço bom mesmo, entendeu (ANA, mulher). [...] O ACS é tudo e é nada. O trabalho é bem complicado! A gente já pediu muitas vezes, gritos de socorro, mas os gritos de socorro só ecoa aqui (CSF). Pronto, vamos tentar resolver! Na teoria é tudo maravilhoso, prática que é bom, não funciona... já estive estimulada para ir trabalhar no início (BHERTA, mulher). [...] existe a questão das áreas descobertas. Se a gente tem dificuldade com a nossas áreas, imagina com essas outras. Nós temos atribuições, colocam mais atribuições... na verdade, o que pratica muito aqui é desvio de serviço. (DULCE, mulher) [...] Na questão salarial, estamos recebendo esmola... se for depender de incentivarão financeira, já tinha quebrado que apartou, é uma imoralidade o que estamos ganhando (CARLOS, homem). [...] como agente de saúde, estou me dedicando para estudar para nunca mais depender disso, porque é uma vergonha, é uma falta de respeito com a gente, é a só pressão, pressão, pressão. A gente tenta ajudar a comunidade, se a gente quer fazer uma coisa, quando chega aqui é barrado (EMÍLIO, homem).*

O ACS, como um integrante da comunidade, vive situações semelhantes às da população e se identifica com as suas condições de vida e saúde. Por isso, compreende as condições e os valores socioculturais da comunidade, bem como as suas necessidades.

Ultrapassando as dificuldades relacionadas às pressões que recebem na cotidianidade, provenientes do seu envolvimento com a população, os agentes vivenciam situações de risco, que os adoecem e os desmotivam ao trabalho. As falas dos agentes de saúde revelam a complexidade das relações laborais vivenciadas no Dendê, desvelando as situações de violência no cotidiano de trabalho:

*[...] quer que eu diga uma coisa que deixa a gente muito constrangido: o nosso bairro foi e não foi, tem uma questão de briga, da violência, aí tem a questão de bala vai e bala vem. Os profissionais falam que não vão poder ir para área, porque a área está perigosa... mas a gente tem que ir (ANA, mulher). [...] Mas a bala que pode pegar no médico, no enfermeiro, não pode pegar no agente de saúde? Porque que a gente pode estar lá e eles não podem? Isso aí deixa a gente muito triste, é ou não é uma falta de estímulo? (BHERTA, mulher). [...] A gente fica mal mesmo. A gente fica invisível para o que esta acontecendo da violência lá fora. Ah, é porque a gente conhece as pessoas? Assim, um traficante não vai fazer nada com a gente? Isso é mentira. Eu mesmo fui assaltada por uma pessoa que mora na minha área, e aí? (ZILDA, mulher). [...] Por um lado, eles falam que a gente é um pilar, a gente é que faz a diferença, mas, por outro, a gente não é nada (CARLOS, homem). [...] A maioria dos agentes de saúde que tentam fazer um trabalho esta entrando em extinção. Tá falido a questão do agente de saúde (CARLOS, homem). [...] fico só, não tem a questão de tá com eles fazendo o trabalho. Eu tenho essa dificuldade e muito em relação a isso. Quando dá, a gente que tem que trazer as informações... não tem trabalho de equipe, não funciona. Se a gente que faz parte da equipe tem essa dificuldade, o que dirá eles lá fora... (DULCE, homem).*

Dentre as diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma se refere à realização de atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso. Nesse acompanhamento da pessoa idosa, é fundamental que o ACS esteja capacitado para exercer plenamente suas funções.

De acordo com o estudo de Ferreira e Ruiz (2012), apesar de os ACS se reportarem bastante ao contato com os idosos, menos da metade referiu capacitação no tema envelhecimento. Relataram avaliações positivas quanto às atitudes perante a velhice em aspectos relacionados à sabedoria e à generosidade dos idosos, porém foram marcantes as atitudes negativas para "lentidão e rigidez". Além disso, foram observados estereótipos em relação ao idoso, na medida em que muitos agentes os consideravam insatisfeitos e dependentes.

Portanto, uma questão fundamental para o desenvolvimento do trabalho do ACS refere-se ao processo de capacitação. A transformação destes em sujeitos proativos deveria ser objetivo central dos programas de capacitação. Os ACS deveriam ser capacitados sobre os distintos aspectos da saúde-doença, inclusive naqueles relacionados à saúde da pessoa idosa. A seguir, vêm os relatos dos agentes de saúde do Dendê sobre capacitação em saúde do idoso:

*[...] não tivemos treinamento, nem pra questão do idoso. Quer dizer, lá atrás, tivemos uma coisa bem superficial, nada detalhadamente, só uma palestra simples, que não tem esses resultados tão esperados. O treinamento foi com uns alunos da Unifor, não foi pela prefeitura (EMÍLIO, homem). [...] é como ele falou, o que eu me lembro, tivemos assim palestra, uma tarde toda, foi pela Unifor mesmo. Ouvei até dizer que tivemos treinamento para a caderneta do idoso. Não houve treinamento. Quando repassaram já estava com a data vencida pra botar as coisas sobre o paciente (ANA, mulher). [...] nós não tivemos nada do idoso, ia ter capacitação, mas nunca, nunca veio... alguém falou que a gente já tava capacitado, isso não é verdade, a gente não teve nenhuma capacitação (DULCE, mulher). [...] a caderneta do idoso, por sinal, no meu ponto de vista, eu já vejo ela como extinta. Porque particularmente, ninguém a utiliza (ZILDA, mulher). [...] independentemente pra mim não vai fazer tanta falta esse curso superficial, tipo palestra. É perda de tempo. (CARLOS, homem). [...] a capacitação devia incluir tudo, o idoso que é maltratado pela família para a gente ter como chegar a esses órgãos pra fazer alguma coisa. A capacitação da gente, eu acho muito importante. Toda capacitação é bem vinda. (BHERTA, mulher).*

### 5.2.2.3 *Tem sim, dificuldade de ver o doutor!*

Na pesquisa quantitativa realizada nesta pesquisa, boa parte dos idosos se queixa da dificuldade de acesso à Atenção à Saúde, principalmente à consulta médica. Vemos, agora, os relatos dos ACS sobre esse tema:

*[...] as vezes consegue, as vezes não... quando vem marcar sempre fala a agenda esta cheia... essa dificuldade é grande (ZILDA, mulher). [...] tem sim, dificuldade de ver o doutor! É difícil porque a demanda é muito grande. Mesmo quando estão doentes, sem ser pressão ou diabetes, às vezes não conseguem ver o doutor (EMÍLIO, homem). [...] é difícil, principalmente porque eles deixam a receita vencer, querem de imediato chegar e já ser atendido (DULCE, mulher). [...] tem essa dificuldade né, e nos é que recebemos a bronca, nos temos que resolver (BHERTA, mulher). [...] eles deixa pra vir quando falta medicamento. Eles associam consulta com falta de medicamento (ANA, mulher). [...] é complicado, num consegue não. Essa questão é um problema crônico. Além disso, faz parte da cultura do povo, só vem pra cá quando falta medicamento (CARLOS, homem).*

A atenção à saúde da pessoa idosa reveste-se de grande complexidade, principalmente quando a assistência é direcionada por um conceito ampliado do processo saúde-doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida. O PSF foi criado no intuito de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, sendo composto por profissionais

qualificados para atender e resolver os problemas mais prevalentes que demandam os serviços primários de saúde. De acordo com Frenk (1985), citado por Amaral (2012), a acessibilidade, no entanto, pode ser definida não só como o grau de ajustamento entre as características dos recursos de atenção à saúde, mas também como as peculiaridades das populações, na busca e obtenção da atenção em saúde.

Então, na comunidade do Dendê, observamos que a dificuldade no acesso à saúde foi intensivamente associada à marcação de consultas médicas. Essa adversidade relatada pelos idosos e reafirmada nas falas dos ACS faz parte de um processo multifatorial. Dentre os fatores que contribuem para isso, podemos citar: as equipes de Saúde da Família ainda trabalham com base na atenção curativa, no atendimento à demanda e supervalorização da atenção médica em detrimento da atenção em equipe.

Apesar de os agentes de saúde de saúde confirmarem a dificuldade de acesso à consulta médica, alguns ainda culpam o idoso por só procurarem a consulta médica quando as medicações acabam. É importante observar outros fatores envolvidos que afastam os idosos do Centro de Saúde, deixando para procurá-lo em uma necessidade iminente. Nessa realidade, encontramos desequilíbrio entre a grande demanda de usuários do SUS e a falta de profissionais de saúde/ESF; a falta de informação dos idosos acerca do envelhecimento, dos problemas de saúde frequentes relacionados a esse processo e dos objetivos da atenção primária/PSF; dificuldade de acesso aos serviços de saúde decorrente do distanciamento geográfico entre a comunidade do Dendê e o serviço; ausência de atendimento prioritário ao idoso e o elevado tempo de espera para ser atendido.

A atenção à saúde da pessoa idosa é um desafio expresso ao SUS, em especial, às equipes do Programa de Saúde da Família ante a proposta em que atuam, a qual visa a uma abordagem ampliada das condições de vida e saúde das pessoas, família e comunidade. Essa abordagem passa pelo fortalecimento da Educação em Saúde para combater as elevadas taxas de mortalidade e o desenvolvimento de deficiências na população idosa. O ato de prevenir a deficiência deve ser visto como estratégia multidimensional, envolvendo prevenção e tratamento dos problemas de saúde. Além disso, ações preventivas de saúde devem ser desenvolvidas com o intuito de evitar o agravamento de doenças crônicas que possam levar a deficiências, com subsequente redução dos índices de mortalidade da população idosa.

#### 5.2.2.4 Velhice não dá prioridade na saúde!

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro não considera o envelhecimento como uma de suas prioridades. As políticas de saúde em relação ao idoso tiveram início nos anos 1980, durante a reformulação do Sistema Único de Saúde. Esse movimento inicial está relacionado a um trabalho predominantemente centrado no atendimento médico individual e direcionado às doenças crônico-degenerativas. Transpondo as conquistas do Estatuto do Idoso e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na prática, os idosos não conseguem perceber prioridade além de uma ficha ou uma fila de prioridade. Quanto à priorização da assistência ao idoso, os ACS relataram:

*[...] legislação é bonitinho, entendeu, você olhar no papel é a coisa mais linda do mundo, mas na pratica não é assim não..., não funciona... velhice não dá prioridade na saúde (CARLOS, homem). [...] a prioridade é a ficha. E olha lá! Se tiver ficha pra dá pra ele. A ficha da prioridade é contada. E a fila da prioridade é maior. O estatuto do idoso, então, não funciona (ZILDA, mulher). [...] não tem pra nada, não existe prioridade para exame no idoso, é tudo padrão, da mesma forma que é para criança, é para adulto e idoso. Quando eles pergunta, não sei mais o que responder, dá uma aflição (ANA, mulher). [...] não existe prioridade pra internação, encaminhamento... eu estou vivendo isso com meu pai, precisa operar e não tem nenhuma prioridade, vai para fila de espera, pode demorar meses, só Deus! (BHERTA, mulher). [...] os exames de rotina do laboratório é um pouco mais fácil. Isso agora. Antes tinha uma cota, se ultrapassasse a cota, só teria exame no outro mês. Acabou, vai pra outro mês. Aguardava muito. Em 2014 foi extinta a cota (EMÍLIO, homem). [...] no passado a gente estava no acolhimento direto, todos pacientes, idosos, passavam por a gente. A gente fazia a prioridade dos idosos na fichinha. A gente tava fazendo praticamente tudo. No acolhimento a gente só não fazia a questão do medico, porque o medico em si a gente não pode assinar por ele, mas assim, todos os outros procedimentos a gente tava lá, e tentava vê. Isso tava deixando a gente constrangido... não é nossa atribuição (DULCE, mulher).*

Segundo os ACS, não há uma priorização da atenção à pessoa idosa. As poucas iniciativas não foram capazes de dar uma resposta adequada ao idoso, mesmo na existência de legislação já estabelecida. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), que define a Atenção Básica como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso, é a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade. Essa política está em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, destacando-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia

no estabelecimento de prioridades, entre outras. Para Costa (2010), o idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde, porque o envelhecimento traz como consequência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos variados níveis de atenção. Além disso, para os idosos, principalmente os mais carentes, qualquer dificuldade se torna um *mote* para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde.

#### 5.2.2.5 Não cuida nem “duma” parte, vai cuidar do todo?

A integração de cuidados é um desafio para a Atenção Primária à Saúde, e um desafio maior ainda, perante o envelhecimento populacional. O Relatório Mundial de Saúde de 2008 (OMS, 2008, citado por BRASIL, 2012) já abordava a importância de desenvolver sistemas de saúde orientados para as pessoas, que privilegiem a integração e a continuidade dos cuidados. As pessoas mais velhas possuem necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sociofamiliares peculiares, que só com a integração de cuidados podem ser assegurados. Para Veras (2014), a assistência à saúde não se mostra como prestação de serviço segura para o idoso e seus familiares. Em consequência, os sistemas de saúde estão sobrecarregados, o que implica alto custo e ineficiência. Sobre esse tema, vejamos o relato dos agentes de saúde:

*[...] encaminhamento pra especialista é coisa de espera mesmo, mais de um ano, dois anos. Tem gente que fala que o paciente espera menos de um ano, isso não é verdade. Eu tenho uma com quatro anos (DULCE, mulher). [...] Não cuida nem “duma” parte, vai cuidar do todo? Se o idoso tem dificuldade de ver o doutor, imagina conseguir ver o especialista, realizar tomografia, cirurgia. O médico do posto manda pra outro médico. Ele marca, quando vem vindo, acontece de dizer: saiu da fila de espera. De repente sai. Saiu, não porque foi atendido, simplesmente saiu. Nem avisam (ANA, mulher). [...] o idoso recebe essa folhinha da chamada fila de espera pra especialidade que esta precisando, ele tem que vir toda semana aqui pra saber se já surgiu uma vaga... as vezes e quando recebem o aviso em casa já passou a data (CARLOS, homem). [...] sabe como é? Eles não dizem fila de espera, eles dizem fila da morte, pode ser que quando eles tiverem morando no cemitério, pode ser que chegue. Infelizmente o SUS esta desta forma. O SUS é bom, tem muitos recursos, mas é mal distribuído (EMÍLIO, homem).*

Para Costa e Ciosak (2010), a falta de coordenação entre os distintos recursos sanitários e sociais dirigidos aos idosos é um dos elementos que mais contribuem para a dependência dos idosos, pois esta fragmentação das necessidades sanitárias e sociais

transforma o idoso em dependente da oferta de serviços e cuidados. Por outra parte, esta falta de atenção global desencadeia a passagem de uns recursos a outros, sem que nenhum deles chegue a ser realmente efetivo para fazer frente às suas necessidades. Nas falas dos ACS do Dendê, observamos claramente a dificuldade de acesso do idoso à rede de especialidades médicas. A Atenção à Saúde da pessoa idosa deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados necessitam ser coordenados ao longo da trilha assistencial numa lógica de rede.

#### 5.2.2.6 *Reabilitação? Não sei, nunca vi!*

O SUS, em relação ao cuidado da pessoa idosa, precisa atender as necessidades de saúde dos idosos de forma integral. Esse cuidado passa pela definição de saúde no idoso ligada a autonomia e capacidade funcional. No raciocínio de Cecílio e Matsumoto (2006), curar alguém é sempre lutar para ampliação do coeficiente de autonomia dessa pessoa, com o objetivo de ampliar a capacidade de sua autonomia, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliam as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida. Portanto, em caso de um problema de saúde, fraturas, sequelas de AVC... é fundamental garantir ao idoso acesso a terapias de reabilitação. Em relação a isso, os ACS relataram:

*[...] Reabilitação? Não sei, nunca vi! Esse negócio de reabilitar o idoso, sendo bem objetivo, fora de cogitação. Eu tenho quatro idosos acamado vítimas de AVC. Os que necessitam de fisioterapia, o que ajuda muito é a Unifor e quando tem vaga (EMÍLIO, homem). [...] alguns não podem esta se direcionando a unidade (NAMI), então o que fazem? Ficam sem assistência. Nesse ponto de vista a Unifor não aparece, e nem é atribuição dela tá fazendo isso, é a prefeitura que se omite. Reabilitação não existe. É, tá critica a situação (ZILDA, mulher). [...] cuidado domiciliar é piada? Eu tenho mais de 1000 paciente, dos que precisam ser cuidado em casa, só dois. Não tem assistência. Eles só vêm quando o paciente tá com pé na cova, e olhe lá (ANA, mulher) [...] a vista da equipe do PSF funciona de forma irregular. Há muito tempo que eu não sei o que é uma visita com o medico da minha área. A gente tá aproveitando o pessoal da Unifor. No posto eles atendem, mas pra ir ate lá, a gente tem dificuldade de levar o medico e a enfermeira ate a área (EMÍLIO, homem). [...] acho que só uma equipe tem esse acompanhamento regular, uma vez por mês o médico vai nas casas (BERTA, mulher).*

### 5.2.2.7 Falta remédio e ponto!

Diante do envelhecimento populacional, observa-se que grande parte dos longevos possui alguma doença crônica, o que leva a uma utilização maior de serviços de saúde e a um elevado consumo de medicamentos. Estima-se que a maioria dos idosos utilize, pelo menos, um medicamento, e cerca de um terço deles consuma cinco ou mais, simultaneamente. A média de produtos usados por pessoa oscila de dois a cinco (AZIZ et al, 2011). Em relação a esse tema, vejamos os comentários dos ACS:

*[...] a esperança é a ultima que morre, eu acredito que ela vive bem doente. Além da dificuldade de ver o doutor, falta muito medicamento de uso contínuo, é uma vergonha, mas faltava. Faltava quase o ano todo (BHERTA, mulher). [...] quando falavam em entregar remédio em casa, os idosos diziam: “pega o endereço do cemitério”. Só daqui a cem anos vai funcionar (ANA, mulher). [...] o remédio falta nos posto. As medicações de uso contínuo você pode pegar na farmácia particular. Os que sabem, nós que divulgamos. Tem outro problema, o sistema vive fora do ar (CARLOS, homem). [...] falta remédio e ponto. Os idosos não querem ser atendido pelo enfermeiro, pois pra pegar remédio fora eles não aceitam a receita. São barrados. Muitos dizem assim: se eu puder eu compro. Se não, fica sem tomar. (EMÍLIO, homem). [...] é comum faltar medicamento, mas se estamos falando em idoso, não é só consulta pra passar remédio, prescrever, vai pra casa e pronto. Afinal, o idoso vai apresentar outros problemas, então esse acompanhamento esta longe da realidade do que seria o acompanhamento do idoso, de se tornar concreto (ZILDA, mulher).*

O acesso aos medicamentos é um fator determinante no cumprimento do tratamento prescrito. Por outro lado, o não acesso a medicamentos pode levar a descompensação clínica do idoso, agravamento da enfermidade, internações e, portanto, aumento dos gastos com a atenção secundária e terciária. O grupo focal possibilitou conhecer um pouco desse profissional de saúde, enaltecido na estrutura da APS, no Brasil, mas, na prática, há problemas relacionados a um sentimento geral de desvalorização profissional. Esse sentimento se reverte em desestímulo no trabalho. Relativamente à atenção ao idoso, a maioria não é capacitada adequadamente para lidar com os problemas relacionados ao envelhecimento. Além disso, com esse instrumento de coleta de dados, podemos aprofundar alguns dados da pesquisa quantitativa e fala dos idosos nas entrevistas em profundidade. Nas discussões do grupo focal, é possível atestar as queixas dos idosos referentes às dificuldades

de acesso aos serviços de saúde, a falta de prioridade para a pessoa idosa, da falta de integração de cuidados, das dificuldades de reabilitação e do acesso à medicação, entre outros.

Outro ponto sensível é o relato de histórias de maus tratos aos idosos no CSF: “não deram atenção a minha idosa, são muitos mecânicos, agressivos, ela saiu de lá chorando”. Diante dos maus tratos, na maioria das vezes, os longevos não tem a que recorrer: “quando idoso é mal atendido, ninguém dá atenção, o canal de reclamação é o 190 ou o Barra Pesada”. Essas dificuldades vivenciadas pelos idosos na busca de atenção à saúde retrata um sentimento de abandono. Na verdade, a maior parte dos idosos desconhece o grande rol de direitos a que faz jus, de tal forma que prejudica em muito a aplicação de toda legislação específica do idoso na utilização das reivindicações a situações de desrespeito enfrentado no dia a dia pelos idosos. Mesmo com a legislação vigente, segundo os agentes de saúde, as queixas dos idosos referentes ao mau atendimento não faz eco nos órgãos públicos.

### 5.3 3ª Fase - Interpretação e Reinterpretação

No intuito de conhecer como se desenvolve a atenção à saúde da pessoa idosa, residente na Comunidade do Dendê, na Atenção Básica, optamos pela indicação metodológica da Hermenêutica da Profundidade. A utilização desse meio teórico-metodológico nos permite analisar o contexto sócio-histórico e o espaço-temporal, podendo empreender várias análises, sejam elas discursivas, de conteúdo, entre outras, podendo, inclusive, analisar a ideologia como vertente social importante, conferindo um caráter potencialmente crítico à pesquisa (VERONESE; GUARESCHI, 2006).

A Hermenêutica de Profundidade, esquematicamente, foi dividida em três etapas. É importante compreender, no entanto, que se trata de método sequencial, com dimensões analiticamente distintas de um processo interpretativo complexo. Nessas etapas, propomos sentidos, que foram argumentados, debatidos, interpretados e justificados. Esse momento é uma tentativa de estabelecer uma análise plausível, dentro de um paradigma compreensivo, para conhecer e entender o campo-sujeito. De acordo com Veronese e Guareschi (2006), o mundo sócio-histórico na HP é um campo-sujeito constituído por pessoas na rotina do seu dia a dia, por meio de formas simbólicas, que são um amplo espectro de ações e falas, imagens e textos. Nesse sentido, os acontecimentos ao redor dessas pessoas, as ações, falas e imagens são constantemente interpretadas, levando a novas reflexões e que, por isso, são reinterpretadas. A Hermenêutica de Profundidade, “resumidamente, é o estudo da construção significativa e da contextualização social das formas simbólicas”. (THOMPSON, 1998, p. 363).

A etapa da interpretação e reinterpretação é uma formulação para explicitar possíveis conexões entre os sentidos mobilizados pela análise discursiva e a análise sócio-histórica. A interpretação é um processo de síntese criativa. Portanto, essa síntese se faz no sentido de compreender os sentidos mobilizados pelos discursos referentes à atenção prestada pela Estratégia Saúde da Família aos idosos da Comunidade do Dendê. Segundo Thompson (2000, p. 379), esse momento “envolve a construção ativa do sentido, a explicitação criativa do que está representado ou do que é dito. O sentido é determinado e predeterminado através de um processo contínuo de interpretação”. Para melhor compreender o momento da interpretação e reinterpretação, recorreremos novamente a Thompson (1995, p. 376):

Ao desenvolver uma interpretação que é mediada pelos métodos de enfoque da HP, estamos reinterpretando um campo pré-interpretado; estamos projetando um significado possível que pode divergir do significado construído pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico. É evidente que nós podemos ver isso como uma divergência, somente na medida em que nós compreendemos, através da hermenêutica da vida cotidiana, as maneiras como as formas simbólicas são rotineira e comumente entendidas (...) Como uma reinterpretação de um campo objetivo pré-interpretado, o processo de interpretação é necessariamente arriscado, cheio de conflito e aberto à discussão.

Neste estudo, o processo de análise se deu ciclicamente, interpretando e reinterpretando a atenção à saúde da pessoa idosa prestada pela Estratégia Saúde da Família. Para isso, a pesquisa partiu da caracterização dos longevos. Os idosos do Dendê vivem em moradias precárias e sem saneamento, tendo seu perfil com predominância de pardos, mulheres, de ínfima escolaridade e com baixo poder aquisitivo. Esses dados iniciais nos levaram a tecer, além das comparações estatísticas, relações com os problemas de saúde dos longevos, onde se destaca a elevada morbidade física; o estilo de vida, identificando os fatores de risco envolvidos na gênese dessas doenças e, principalmente traçar relações com a análise formal. Os números estatísticos apresentam, portanto, a dura realidade da vida dessas pessoas. Ao complementar a informação na fase discursiva, pudemos mergulhar nos aspectos internos da forma simbólica. Além das falas, presenciamos a emoção dos idosos em sorrisos, caretas e lágrimas, expressando sentimento.

Em razão da grande quantidade de variáveis e informações da análise sócio-histórica, e sabendo que a análise da HP funciona de forma cíclica, didaticamente, partiremos para a interpretação e a reinterpretação das categorias de análise da fase 2 - análise formal: 1. *Cheguei lá, não fui atendido!* 2. *Boniteza não compra beleza, o que precisa é médico.* 3. *Quando consigo ser atendido, sou bem atendido.*

A primeira categoria tem como significado a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, e enquanto a segunda aborda a dificuldade de consulta com o médico. Como essas categorias estão intimamente interligadas, vamos analisá-las juntas. Na fase de análise formal, foi apresentado um retrato do idoso em números. Em relação à acessibilidade do idoso ao CSF Mattos Dourado, observamos que, em relação ao primeiro contato, cerca de 80% utilizavam esse serviço antes de ir a outro. Além disso, em relação ao atendimento prestado pelo Centro de Saúde da Família, 7% dos idosos avaliaram como excelente; 12% muito bom e 46% bom. Em relação ao acesso à consulta médica quando o idoso achava necessário, 65% referiram ter essa dificuldade. Dos idosos que conseguiram ser atendidos, cerca de 90%

tiveram exames solicitados, 70% tiveram medicações prescritas e, destes, quase 90% conseguiram ter acesso às medicações. Ao mesmo tempo, para cerca de 70% dos idosos, o PSF melhorou efetivamente sua vida. Estes dados, aparentemente contraditórios, ou de compreensão difícil, nos remete à própria história de exclusão vivida por grande parte desses idosos, desde tempos passados; tempos que presenciaram o aumento do nível de pobreza e da desigualdade. A população idosa carente, desde criança, provavelmente, sofreu com a falta de atenção médica. Muitos cresceram, formaram família, sem acompanhamento médico. Esses idosos faziam parte dos “indigentes”. Só em 1988, com a “Constituição Cidadã”, os adultos, hoje idosos, com a universalização da saúde, passaram a ter direito à saúde. Isso corrobora a com a compreensão do por que, mesmo com muitos problemas na atenção a pessoa idosa na APS, 65% dos idosos tenham se mostrado satisfeitos com o atendimento prestado.

Nas entrevistas em profundidade, quando se abordada a acessibilidade ao atendimento médico, houve unanimidade em relação à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, em especial, a realização de uma consulta médica, quando o idoso achava necessário. Suas falas retratam essa dificuldade: *Meu Deus do céu, quantas vezes fui e vortei... sem conseguir nada; Se eu marco uma consulta, tá entendendo? E não fui, não fui atendido, que dizer, se fosse um problema mais sério, já tinha me lascado, nera?* Na avaliação qualitativa, o retrato da dificuldade de acesso ao médico se expõe de forma crua, realista, onde os anseios, os medos... afloram nas falas. E sabendo que os idosos têm maior chance de adoecer, têm mais necessidade de cuidados de saúde, o que sobra é um sentimento de insegurança, de abandono, não revelado pelos dados numéricos. Pelo fato de os idosos não conhecerem seus direitos, não é raro encontrá-los conformados com essa situação: *eu sou um cara analfabeto, sou um cara sincero, em todo canto é assim, você tem que entender que é isso mesmo.*

No grupo focal com ACS, foi possível confirmar as agruras vivenciadas pelos idosos relacionadas ao acesso à consulta médica. A visão privilegiada desse profissional de saúde que convive nos “dois mundos”, na comunidade e no serviço de saúde, nos ajuda a clarear essa realidade. Nas discussões, abordaram temas relacionados à grande demanda de usuários do SUS; à falta de profissionais de saúde/ESF; ao distanciamento geográfico entre a comunidade do Dendê e o serviço; à ausência de atendimento prioritário e à falta de informação dos idosos acerca do processo do envelhecimento. Os ACS referiram não terem sido capacitados para o acompanhamento da pessoa idosa, demonstrando, em algumas situações, certo preconceito, quando culpam o idoso por só procurarem a consulta médica quando as medicações acabam. Esse exercício de interpretação e reinterpretação é bastante

complexo e instigante. O sentimento de vulnerabilidade do idoso diante do envelhecimento e de doenças transformou-se em um sentimento de revolta, frustração e conformismo perante a dificuldade de conseguir consulta médica.

A terceira categoria trata da satisfação com o atendimento prestado pelos médicos. Diferentemente da proposta de longitudinalidade do PSF, somente 64% dos idosos referiram ser atendidos pelos mesmos médicos. A maioria dos idosos expressou também que os médicos entendem seus questionamentos, respondem de uma forma que compreendam, dão tempo suficiente para relatar preocupações, problemas. Além disso, esse profissional identifica seus problemas mais importantes e conhecem sua história clínica. Cerca de 40% desses idosos, no entanto, referiram que mudariam do CSF ou de médico se fosse fácil fazer. É apenas uma resposta negativa dentre tantas positivas, mas com um forte significado, indicando que há algo errado. Esses dados são instigantes e demonstram a necessidade de um aprofundamento nesse tema, na busca de respostas para uma melhor assistência no Programa de Saúde da Família.

Na análise formal, percebe-se nas falas dos idosos que, diante da dificuldade, conseguir uma consulta médica já é uma vitória: *as vezes que consegui, por né fácil, o dotô me recebe bem, me ouve, passa meus remédios. Nada pra falar dele / eu até fui bem atendido aí pelo dotô, graças a Deus num fui mal atendido / nas necessidades eu brigo pra ser atendida. O doutô já sabe. As vezes reclama, mas num deixa de atender. Nós tudo fala bem dele.* Nessa discussão, é possível questionar se a maior satisfação da consulta médica não estaria ligada à baixa expectativa em relação ao serviço. Por outro lado, só a garantia do atendimento médico já levaria a uma maior satisfação do idoso.

Na análise sócio-histórica relacionada aos profissionais de saúde, esses afirmam que o centro de Saúde da Família assegura infraestrutura física e equipamentos para ações básicas e acolhimento dos idosos. Além disso, referem manter vínculo e se responsabilizar pela atenção ao idoso, mantendo, em sua maioria, visitas sistemáticas aos idosos, de forma permanente e oportuna. Esses dados divergem, no entanto, da análise formal – grupo focal com os agentes de saúde. Para os ACS, não há um acompanhamento adequado do idoso, principalmente daquele com dificuldade de locomoção ao Centro de Saúde. Vejamos alguns relatos dos ACS: *a vista da equipe do PSF funciona de forma irregular. Há muito tempo que eu não sei o que é uma visita com o médico da minha área / alguns não podem estar se direcionando a unidade (NAMI), então o que fazem? Ficam sem assistência.* Na verdade, o que se viu foi profissionais sem qualificação adequada para atenção à saúde da pessoa idosa. Como refletem Araújo, Brito e Barbosa (2008), ainda são encontrados idosos em longas filas

de espera para agendamento de consulta médica especializada, bem como para exames e internação hospitalar. Evidencia-se, na prática, escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais, como a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional.

Uma discussão a ser levantada refere-se ao princípio do direito à informação. Uma avaliação de satisfação seria mais fidedigna se os idosos tivessem acesso à informação e reconhecimento dos seus direitos. Dessa forma, saberiam que uma atenção médica integral, de qualidade, é um dever do Estado e não um favor prestado ao idoso. Desta maneira, faz-se necessário mudar o paradigma da atenção à saúde da pessoa idosa, em que ainda predominam ações curativas centradas no modelo biomédico. O profissional de saúde que acompanha o idoso deve investir em práticas participativas, com ações educativas, problematizadoras, envolvendo e buscando a participação do idoso para o autocuidado. No cuidado ao idoso, há necessidade de ampliar a promoção da saúde, mediante um compromisso ético, social e político, envolvendo o idoso como partícipe de seu bem-estar (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial, sem precedentes. O número de pessoas que atinge uma idade mais avançada é expressivo e tende a ser ainda maior. A população de idosos cresce de forma exponencial, e é essa velocidade com que envelhece uma característica marcante da transição demográfica no Brasil. Paralelamente às transformações demográficas, com a maior longevidade da população, temos mudanças no perfil de morbidade e mortalidade que, com o envelhecimento, faz aumentar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e o peso dessas doenças nas causas de morte, em detrimento das doenças infecto-parasitárias.

As mudanças demográficas e epidemiológicas deixam-nos cara a cara com um novo paradigma de saúde pública, em que a população de risco é senescente, as doenças são crônico-degenerativas, com exames diagnósticos dispendiosos. Além disso, a maioria dessas doenças não tem prevenção eficaz, os tratamentos não são curativos e, a longo prazo, podem levar os idosos a incapacidades, dependência da vida diária e perda da autonomia. A falta de cuidado adequado pode levar os longevos à institucionalização, hospitalização ou à morte. Então, se pode presumir que essas mudanças terão significativa relevância para os gastos públicos com saúde.

Ante tais desafios, em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde - SUS, que assume e consagra os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Em um panorama de importantes desigualdades regionais e sociais no País, há cerca de 20 anos, surgia o Programa de Saúde da Família – PSF, para reorganizar e reestruturar o sistema público de saúde no Brasil. Com esse processo de reforma sanitária brasileira, os idosos, que não encontravam amparo adequado no sistema público de saúde, buscam seu espaço. Vieram, então, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. Cerca de oito anos após a criação do SUS, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que definiu a Atenção Básica / PSF como porta de entrada para a atenção à saúde dos longevos no sistema público de saúde.

No Brasil, a velhice possui diversas faces, sobretudo em virtude da desigualdade social, onde encontramos idosos com bom vigor físico e mental e outros em situações de vulnerabilidade e fragilidade. Dessa forma, não há como pensar em política pública para pessoa idosa, sem considerar a heterogeneidade que caracteriza o País, sem levar em conta a

realidade regional e local, que dá ao envelhecimento populacional brasileiro aspectos diferenciados. Por isso, a importância da realização de estudos que tracem as características multidimensionais dessa população, possibilitando compreender melhor os desafios gerais e específicos, regionais e locais, na trilha do envelhecimento saudável da população, visando à efetivação de políticas públicas eficazes.

Este estudo teve por objetivo avaliar a atenção à saúde no PSF pelos idosos residentes na Comunidade do Dendê. É um ensaio descritivo, com enfoque quantitativo e qualitativo. Para a análise dos dados, foi utilizada a Hermenêutica da Profundidade. O primeiro passo para avaliar a atenção à saúde dos longevos foi conhecer o perfil daqueles residentes no Dendê. Essa comunidade, localizada no bairro Edson Queiro, apesar de situada próxima a áreas consideradas nobres em Fortaleza, exprime padrões de edificações variados, prevalecendo aqueles com infraestrutura precária e sem saneamento básico. Além disso, cerca de 10% dos imóveis estão localizados em áreas do mangue do rio Cocó. Os longevos pesquisados têm origem no campo, no entanto, residem no Dendê há mais de três décadas, vivendo em domicílios multigeracionais, em casas próprias, térreas de alvenaria, com eletricidade e água encanada, porém sem esgotos. Possuem idades de 60 a 94 anos, sendo 69,7 anos sua idade média. São, em sua maioria mulheres, casados, pardos, católicos, aposentados ou pensionistas, com baixo poder aquisitivo, tendo como renda familiar 1 a 2 salários-mínimos. Além disso, possuem baixa escolaridade, e quase metade dos idosos não sabe ler ou escrever um recado.

Predomina entre os idosos do Dendê a elevada morbidade física, com significantes casos de doenças crônicas não transmissíveis, como: hipertensão arterial, diabetes, câncer, osteoporose, asma, depressão, além de eventos agudos de causas crônicas, como AVC e infarto. Notamos, também, importantes fatores de risco compartilhados por algumas DCNT, como: tabagismo, uso de álcool, inatividade física, nutrição e a dislipidemia. Além disso, foi possível observar alguns problemas de saúde importantes para manutenção da qualidade de vida e saúde dos idosos, como quedas, dores articulares, dificuldade de ouvir e ver. No âmbito desse panorama, foi importante avaliar a percepção do impacto que essas doenças produzem no bem-estar físico, mental e social dos idosos. Relativamente à autoavaliação de saúde, mais de 2/3 dos longevos relataram uma saúde de regular a ruim, uma realidade preocupante em termos do progressivo impacto sobre os serviços de saúde nos próximos anos.

Na trilha avaliativa da atenção à saúde dos longevos da Comunidade do Dendê, o segundo passo foi apreender sua percepção acerca da atenção à saúde prestada pela Estratégia Saúde da Família. O CSF Mattos Dourado foi reconhecido pelos longevos como o primeiro contato na busca por assistência à saúde. Portanto, constitui, assim, porta de entrada para o sistema de saúde, conforme rege a PNSPI. Apesar disso, o acesso do idoso ao serviço de saúde da Atenção Básica e o acesso à consulta médica são expressos como uma fonte de queixa e um dos principais problemas relacionados à busca por assistência a saúde. Essas questões têm grande importância para os idosos, fazendo parte de suas falas e da análise discursiva deste estudo.

Apesar de sabermos que não há dúvidas quanto ao crescimento do acesso aos serviços de saúde proporcionados pelo SUS e a Estratégia de Saúde da Família, é fundamental percebermos que esse problema não foi totalmente superado, sendo ainda um desafio ante as desigualdades sociais brasileiras. Se parte da população brasileira ainda não tem acesso à Atenção Básica, o que dizer dos idosos, marcados pela desigualdade, seja nas condições de saúde ou no acesso e utilização de serviços de saúde. Preocupa-nos mais quando sabemos que eles têm maior chance de adoecer e, portanto, também mais necessidade de cuidados de saúde.

Em relação ao acesso à assistência à saúde na Atenção Básica, na óptica do idoso do Dendê, está diretamente ligada ao acesso à consulta médica. Portanto, há uma valorização do profissional médico, isso, em virtude da ideia de que o posto de saúde é somente para assistência médico-curativa, o que passa pela fundamentalidade da profissão médica, por questões culturais da sociedade ocidental, mas, também, pela falta de informação sobre o papel da Estratégia Saúde da Família e da sua equipe de profissionais. Se grande parte dos idosos desconhece o PSF, o que dizer das suas atribuições?

Ainda sobre a assistência à saúde, é notório o fato de que boa parte dos longevos tem acesso a exames e medicações; são atendidos em até duas semanas e com tempo de espera de até duas horas. Isso é refletido na avaliação da satisfação dos longevos quanto ao atendimento prestado pelo CSF Mattos Dourado, onde cerca de 2/3 dos idosos do Dendê referem estar satisfeitos. Apesar de ser reconhecidamente um bom indicador para dimensionar as ações desenvolvidas para esse público e servir de norte no direcionamento e planejamento dos serviços, outro dado precisa ser mais bem avaliado, pois cerca de 40% dos idosos referiram que mudariam do CSF Mattos Dourado ou de profissional de saúde. Por que a

Atenção Básica não vem conseguindo conquistar os seus longevos? Dentre muitas hipóteses, buscamos respostas na longitudinalidade e na integralidade da atenção.

O acompanhamento longitudinal dos longevos é um dos atributos essenciais da Atenção Básica. No Dendê, somente 64% dos idosos referem ser atendidos pelo mesmo médico ou enfermeira. Esse percentual é relativamente baixo, quando sabemos que a equipe do PSF possui responsabilidade longitudinal pelos usuários da rede de serviços de saúde, mantendo relação constante com estes, ao longo da vida, e isso deve ocorrer independentemente de haver ou não a doença, garantindo-se o cuidado integral. Não é isso, porém, que estamos vendo. A valorização nem a utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa vêm ocorrendo, já que isso era considerado como estratégico no acompanhamento do idoso.

No concernente à integração de cuidados, pode-se observar que apesar de utilizar o referenciamento do idoso para outros níveis de atenção para assegurar a integralidade, parece não haver um seguimento desse acompanhamento, já que muitos médicos não conversam sobre a consulta ocorrida com o especialista. Observamos deficiências relacionadas à integralidade nos serviços, no acesso à avaliação da saúde bucal, orientação sobre mudanças decorrentes do envelhecimento, prevenção de quedas e até na vacinação do idoso. No atinente à orientação familiar, é perceptível a carência nas discussões sobre o planejamento do tratamento dos cuidados; quanto à orientação comunitária, as queixas recaem sobre a falta da visita domiciliar.

No que se refere à Estratégia Saúde da Família, apesar de cerca de 40% dos idosos desconhecerem o PSF, a maioria refere conhecer a equipe de saúde responsável por sua área, conhece o agente comunitário de saúde da sua rua e sente-se bem acolhida no Centro de Saúde. Essa diferença nos percentuais pode ser compreendida pela desinformação quanto ao PSF e suas reais atribuições. Nessa aproximação do Dendê com o serviço de saúde, o ACS tem papel importante, sendo o elo da comunidade com o CSF Matos Dourado; no entanto, os agentes de saúde mostram um cenário onde não estão sendo capacitados adequadamente, não há trabalho em equipe, são desvalorizados profissionalmente, ensejando frustração e desestímulo no trabalho. As discussões no grupo focal foram fundamentais para denotar a visão desse profissional de saúde, ratificando os dados e as falas dos idosos acerca das suas dificuldades vivenciadas no dia a dia.

Outro problema relacionado à atenção aos idosos no CSF Mattos Dourado refere-se a certa rejeição quanto ao uso desses serviços. Isso está relacionado à falta de informação durante a implantação do PSF. Os longevos do Dendê têm uma visão bastante positiva da época quando eram atendidos pelo NAMI da UNIFOR, que hoje faz parte da rede secundária do SUS. Para muitos, inclusive líderes comunitários, não houve uma explicação clara do porquê dessa mudança, quais as atribuições dessas equipes, quais benefícios à população do Dendê teria com a chegada do PSF. Disso tudo, o que ficou foi um sentimento de perda, em relação ao atendimento que tinham no NAMI. Quanto ao atendimento preferencial do idoso no PSF, apesar de a maioria dos idosos referir haver atendimento preferencial para a pessoa idosa, nas suas falas há uma percepção negativa, de inadequação, quanto a esse serviço oferecido. Isso parece ocorrer, mesmo sem a maioria conhecer seus direitos contidos no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa. Para os longevos, o atendimento preferencial se resume a uma ficha para uma fila preferencial. Nada mais.

Mesmo com tantos problemas na assistência à pessoa idosa na Atenção Básica, há um dado importante, que fala a favor do investimento dos governantes em uma assistência básica adequada. Na percepção da maioria dos idosos, o Programa de Saúde da Família influencia positivamente suas vidas. Houve predomínio dos longevos que referiram o PSF como tendo melhorado efetivamente sua vida. Cerca de 1/3 deles, no entanto, refere não ter feito diferença. Esses idosos, possivelmente, se beneficiariam de uma atenção primária forte, resolutiva e com qualidade.

Seguindo a caminhada, o terceiro passo na avaliação da atenção à saúde dos idosos do Dendê foi conhecer o perfil dos profissionais de saúde que atendem no CSF Mattos Dourado, identificando se estão capacitados para o atendimento dos idosos. Os profissionais avaliados foram médicos e enfermeiros. Entre esses profissionais, predominam mulheres, brancos, com idades de 30 a 39 anos, casados e católicos. A maioria é de profissionais experientes, acima de 10 anos de formados e até duas pós-graduações, e com formação para atendimento na Atenção Básica – Saúde da Família. Em relação ao idoso, a maioria nega formação complementar que os qualifica para atenção ao idoso. Além disso, eles, em grande parte, referem que raramente tiveram acesso a curso de atualização em saúde da pessoa idosa. Na atenção à saúde do idoso, os profissionais referem como principais dificuldades ausência de capacitação e a falta de tempo para o atendimento. Poucos profissionais utilizam na sua prática diária os instrumentos de abordagem do idoso e da família, reportando-se também, à

falta de capacitação. Além disso, durante o acompanhamento, não valorizam a caderneta do idoso.

Em relação às equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no CSF Mattos Dourado, podemos ver que elas acompanham os idosos do Dendê com dificuldades. Denotam deficiência na acessibilidade à consulta médica; no acompanhamento longitudinal pelo profissional de saúde e na integralidade da assistência. Por outro lado, boa parte dos longevos, em caso de necessidade, procura o CSF Mattos Dourado como primeiro contato. Quando conseguem ser avaliados por um médico, em geral, referem que são bem atendidos. Além disso, predominam os idosos satisfeitos com o atendimento prestado pelo CSF Mattos Dourado. Essa aparente inconclusão está ligada a questionamentos relativos à própria condição de vulnerabilidade do idoso, social, econômica e de saúde. Essa condição leva à ambiguidade nas respostas, prejudicando a conclusão dos resultados e sua consistência.

Antes de falar em qualidade da atenção à saúde na Atenção Básica, muitos longevos, ainda lutam por uma consulta médica. O que falar da atenção à saúde do idoso com todas as peculiaridades? Na prática, vê-se que não há diferença no atendimento do idoso para o adulto. Os profissionais de saúde que assistem os idosos, ainda necessitam ser capacitados nos cuidados da pessoa idosa. Questões importantes, como prevenção e promoção de saúde, são deixadas de lado e não avaliadas adequadamente. No que é pertinente à atenção prestada aos idosos, podemos concluir que não é adequada, pois não atende bem suas necessidades. Portanto, a atenção à saúde da pessoa idosa prestada pela Estratégia Saúde da Família não funciona adequadamente, sendo incapaz de garantir a sua real satisfação.

Finalizando esse percurso, ante as condições expostas neste estudo, sugerimos algumas estratégias e/ou ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa que assegurem uma atenção adequada à saúde, portanto, que seja capaz de responder bem as suas necessidades, colaborando para que se perfaçam idosos cada vez mais independentes e produtivos. Os desafios da saúde do idoso e da integralidade passam pela constituição de um vínculo entre o idoso e os trabalhadores (acolhimento); o acesso aos serviços de saúde; a oferta de opções tecnológicas para enfrentar os problemas de saúde; atender as prioridades de saúde de forma ampliada; compreender as necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento, mediante convivência com o idoso (COSTA; FRACOLLI, 2007, citado por COSTA; CIOSAK, 2010).

Em razão dos grandes desafios que o envelhecimento populacional trouxe para a saúde, a primeira recomendação se refere à decisão governamental de investir firmemente no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde / Estratégia de Saúde da Família. Para Starfield (2005), “um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo - mesmo em contextos de grande iniquidade social”. Desta maneira, é essencial que o PSF, que mudou o paradigma do objeto de atuação em saúde, levando o foco para a família no seu domicílio, passe a acompanhar todas as famílias, tendo uma atenção diferenciada para alguns grupos, como os idosos, atendendo o princípio do SUS da equidade, caracterizado como o princípio de justiça social. Além disso, faz-se necessário investir em infraestrutura dos Centros de Saúde da Família para que sejam mais acessíveis às pessoas que possuam alguma limitação funcional e na valorização pessoal dos profissionais de saúde, seja financeira, ou na formação dos profissionais da APS, inclusive em saúde da pessoa idosa.

Em referência à capacitação, com informação, treinamento, educação e mensagens comunicacionais, melhoram a formação e as atitudes dos profissionais de saúde, de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas, fornecendo meios e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável (OMS, 2002, citado por BRASIL, 2006). O treinamento deve atender a todos os profissionais que trabalham em centros de Saúde da Família, discutindo temas relacionados ao envelhecimento, direito dos idosos e a conquista da cidadania, no intuito de fortalecer o acolhimento dos idosos e, de alguma forma, que o primeiro contato facilite o seu acesso aos serviços de saúde.

As equipes da Estratégia Saúde da Família devem buscar a integralidade das ações e não somente reproduzir no seu processo de trabalho um modelo de atenção biomédico. A Promoção da Saúde dos idosos deve levar em conta um bom funcionamento mental, físico e social, bem como a prevenção de enfermidades e incapacidades. Deve-se buscar a ampliação da capacidade de autonomia dos idosos, combinando técnicas de apoio individual, seja atenção clínica, acesso às informações, reabilitação física, fármacos e referência em casos de crises, com outras socioculturais, como socialização, capacidade para o trabalho, a convivência e o viver em um mundo de conflitos e disputas (COSTA; CIOSAK, 2010).

Na atenção à saúde da pessoa idosa é importante estabelecer e valorizar a visita domiciliar, para que esta ocorra de modo regular e multiprofissional no cuidado dos idosos que não procuram os serviços porque estão debilitados e fragilizados pela doença. Tal ação permite conhecer a realidade destes idosos e presenciar, muitas vezes, situações com idosos

abandonados, vivendo em moradias precárias e sem uma alimentação adequada. Essa realidade aponta para a necessidade de um suporte multiprofissional e intersetorial, envolvendo os profissionais de saúde da APS e outros profissionais da rede de atenção à saúde, como Serviço Social, Fisioterapia e Psicologia.

É imprescindível trabalhar na formação da integralidade na Atenção a Saúde da pessoa idosa. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos variados níveis de complexidade do sistema. Portanto, em um contexto de casos complexos e de necessidades no acompanhamento de saúde do idoso, sugerimos melhorar a organização dos serviços de saúde para realizar uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população que atendem e deve promover assistência integral e, em alguns casos, priorizar os encaminhamentos no interior da rede de assistência - sistema de referência e contrarreferência.

Outra sugestão é estabelecer uma rede de apoio, com ênfase na prevenção e promoção da saúde, possibilitando intervenções e o desenvolvimento de programas voltados ao idoso. No entendimento de Braga (2006), citado por Costa e Ciosak (2010), as Equipes de Saúde da Família devem facilitar a ação de redes de suporte e, eventualmente, fomentar a formação de outras redes com suporte no enfrentamento de problemas de saúde. Para tanto, torna-se necessário mapeá-las mediante a escuta e uma observação atenta das teias que nem sempre estão à mostra, mas que, certamente, indicam o caminho para uma perspectiva e uma atitude capaz de compreender e respeitar o outro.

Portanto, com uma APS forte, o mínimo a se esperar é que a Estratégia Saúde da Família passe a funcionar adequadamente, dando conta de atender seus principais compromissos: entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais a pessoa, isoladamente; prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; desenvolver estratégias de intervenção sobre os fatores de riscos e de humanização das práticas; estimular a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, a organização da comunidade para efetivo exercício do controle social. Espera-se do PSF é que ele passe a assumir suas famílias e os seus idosos, tendo, para isso, uma rede básica reestruturada, com equipes completas, devidamente equipadas com material e pessoal treinado. Além disso, uma equipe multidisciplinar deveria ser incorporada ao PSF, para fazer frente aos múltiplos e complexos problemas do idoso, buscando manter, pelo maior

tempo possível, a autonomia da pessoa, diminuindo a sobrecarga para a família e o sistema de saúde.

Por outro lado, uma velhice saudável é reflexo de toda uma vida, no âmbito social e de saúde. As opções que denotam o melhor custo-benefício para se chegar à compressão da morbidade, são a promoção de saúde e a profilaxia primária e secundária de doenças. A prática de atividades saudáveis deve ser divulgada em toda a sociedade como um meio de estimular o autocuidado. Fazendo parte das intervenções que podem melhorar a qualidade de vida colaborando para uma velhice saudável, podemos citar: prática regular de atividade física, mesmo no idoso; abstenção do cigarro e do álcool; controle da hipertensão arterial; imunização contra o pneumococo e influenza; orientação higienodietética para aquisição de massa óssea, reduzindo a incidência de fraturas e suas complicações na terceira idade; prevenção primária e secundária de quedas, mediante o aconselhamento ambiental e a utilização criteriosa de drogas, como as psicoativas e o diagnóstico precoce e acurado das demências e da depressão, bem assim o emprego correto do tratamento medicamentoso associado ao suporte e orientação aos componentes familiares.

Além da Atenção Básica, pensando na atenção integral à saúde da pessoa idosa, é necessário que o Estado invista também na atenção secundária e terciária. Já que o envelhecimento populacional atinge todos os entes da Federação, faz-se necessário que os governantes assumam um compromisso com a população idosa, mediante um adequado planejamento da rede de saúde, nas áreas de reabilitação, hospitalar e asilar, já que há uma previsão de aumentar a demanda por leitos de longa permanência, sendo um dos grandes desafios para o Sistema de Saúde. Faz-se necessário incentivar espaços alternativos ou instâncias intermediárias, tais como: hospital-dia, centros de convivência e centros-noite. Além disso, na parte curativa, há necessidade de se instituir a realização de cirurgias eletivas em massa, que podem mudar radicalmente a autonomia de um idoso, como no caso da baixa visual ou cegueira causada pela catarata.

Os idosos devem contar com políticas sociais que deem condições de se viver com dignidade. Por fim, este estudo descreve os longevos da área de abrangência do PSF do CSF Mattos Dourado, em Fortaleza, no intuito de oferecer informações que possam subsidiar a Atenção Básica a realizar intervenções, para melhor dar assistência aos longevos do Dendê e a incentivar o desenvolvimento de programas voltados ao idoso. A saúde do idoso se faz prioridade, e é um desafio que envolve decisões políticas e uma conscientização da sociedade no tocante aos cuidados, respeito e solidariedade para com seus longevos.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **ComCiência**, 2009, n. 109, p. 0-0.
- AGUILAR, J. M.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, out./dez. 2000, v. 51, n. 4, p. 5-59.
- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AMARAL, F. L. J. dos S., et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, nov. 2012, v. 17, n. 11, pp. 2991-3001.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dislipidemia. **Saúde e Economia**, outubro, 2011, ano III, n. 6, p. 1-4.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011.
- ARAÚJO, M. A. S; BRITO, C; BARBOSA, M. A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. **Revista de Geriatria & Gerontologia**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2008, v. 2, n. 3, p. 122 – 125.
- ARRETICHE, M. T. S.; BRANT, M. do C. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de Política Sociais: uma questão em debate**. 5 Ed. São Paulo: Cortez, IEE, p. 29-39, 2007.
- AZIZ, M. M.; CALVO, M. C.; SCHNEIDER, I. J. C. M., et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, oct. 2011, v. 27, n. 10, p. 1939-1950.
- BARBOZA, T. A. **Idosos Centenários: a Arte de Envelhecer**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fortaleza, CE: UFC, 2011.
- BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- BEAUVOIR, S. **A Velhice: o mais importante ensaio contemporâneo sobre as condições de vida dos idosos** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUZA, L. C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**. Trad. Floriano de Souza Fernandes. São Paulo: Cortez, 2003.

BERQUÓ, E. Pirâmide da solidão. **Anais do Quinto Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Águas de São Pedro, SP: ABEP, 1998.

BERQUÓ, E. Considerações Sobre o Envelhecimento da População no Brasil. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. **Velhice e Sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 1999, p.11-40.

BOCCHI, S. C. M.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. C. **Métodos qualitativos de pesquisa**: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão: manual de estudos para alunos de pós-graduação. Botucatu, SP: FMB-UNESP, 2008.

BORELLI, F. A. O.; SOUSA, M. G. de; PASSARELLI JÚNIOR, O. et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. **Rev Bras Hipertens**, 2008, v.15, n. 4, p. 236-239.

BOULMETIS, J.; DUTWIN, P. **The ABCs of evaluation**: timeless techniques for program and project managers. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, mar. 17-21, 1986, Brasília, DF. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-389.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 01/12/2011.

\_\_\_\_\_. **Saúde Dentro de Casa**. Brasília, DF: MS, 1994. 18 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso**: perspectiva governamental. Brasília, DF: Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final de século. Brasília, DF: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF: MS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **I Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. 2002-2003. Brasília, DF: INCA, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: MS, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 29 mar. 2006b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: MS, 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei N.º 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de Fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2007a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2008a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: MS, 2009b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vivendo bem até mais que 100!** Orientações sobre hábitos de vida saudáveis. Cartilha do profissional de saúde. Porto Alegre: RS. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 80 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, DF: MS, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HCFMUSP. ANDRADE, A. G. de; DUARTE, P do C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. de. (Orgs.). Brasília, DF: SENAD, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília, DF: MS, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: MS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: MS, 2011c, p. 54.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF: MS, 2012b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: MS, abril 2012d, v. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: CNS, 2012e.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_cuidado\\_idosos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf). Acesso em: 15/12/2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: MS, 2013a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: MS, 2013b.

\_\_\_\_\_. Apresentação Audiência Pública na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, abril, 2013c. Disponível em: [http://www.senado.leg.br/comissoes/cas/ap/AP20130424\\_AlexandrePadilha.pdf](http://www.senado.leg.br/comissoes/cas/ap/AP20130424_AlexandrePadilha.pdf). Acesso 20 abr, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal, 2014b. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)

BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M.I.S., MATOS, M. ARAÚJO, P. (Orgs). **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001, p. 21 – 28.

BROWNE, A., WILDAVSKY, A. “Implementation as exploration”. In: PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. (Eds.), **Implementation**. 3rd ed. University of California: Press, Berkeley, CA, 1984, p.195-215.

BRUNO, A.; FARIAS, A. DE. **Fortaleza**: uma breve História. Fortaleza, CE: INESP, 2011.

BRUYNE, P. de. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**: os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

BULGARELLI, A.; MESTRINER, S. F.; PINTO, I. C. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 2012, v.15, n.1, p. 97-107.

CABRAL, N. L. **Avaliação da incidência, mortalidade e letalidade por doença cerebrovascular em Joinville, Brasil**: comparação entre o ano de 1995 e o período de 2005-6 (Projeto JOINVASC). Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2008.

CARVALHO FILHO, E. T; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2005.

CEARÁ, Governo do Estado do. Jornal Cidades. Secretaria das Cidades. **Projeto Dendê terá investimentos de aproximadamente 115 milhões**. Fortaleza, CE, 15 de outubro de 2012, ano 01, n. 15, p. 1-.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Situação de Saúde no Ceará**. Fortaleza, CE: SESA, 2011.

CECÍLIO. L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ 2006. p. 37-50.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2011.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 26, abr. 1997, v. 31, n. 2, p. 1.

\_\_\_\_\_. "Envelhecimento populacional e transição epidemiológica no Brasil". In: TAVARES, A. (Org.). **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

CHAIMOWICZ, F. BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. et al.. **Saúde do Idoso**. 2 ed. Belo Horizonte, MG: NESCON UFMG, 2013.

CHEHUEN NETO, J. A.; DELGADO, A. A. de A.; GALVÃO, C. C. G. D. et al. 2012. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. **HU Revista**, Juiz de Fora, jul./set. 2012, v. 37, n. 3, p. 305-313.

CIDRACK, M. L. **Ainda estamos vivos!** Estudo etnográfico da terceira idade na Comunidade do Dendê. Dissertação de Mestrado em Educação em Saúde. Fortaleza, CE: UNIFOR, 2003.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, 1999, n. 33, p. 445-453.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS/Progestores, 2003.

COSTA, G. S. Grupos focais: um novo olhar sobre o processo de análise das interações verbais. **Revista intercâmbio**, São Paulo: LAEL/PUCSP, 2012, v. XXV, p. 153-172.

COSTA, M. F. B. N. A. da; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, 2010, v. 44, n. 2, p. 437-444.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005, v. 10, n. 2, p. 323-331.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, v. 16, suppl.1, p. 1029-1042.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: \_\_\_\_\_; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005, p. 280-315.

EVANGELISTA, F. R.; CARVALHO, J. M. M de. **Algumas considerações sobre o êxodo rural no Nordeste**. Escritório Técnico de Estudos Econômicos do Nordeste – ETENE. Equipe de Estudos de Sistemas Agroindustriais e de Turismo. Fortaleza, CE: BNB, 2001.

FARIA, A. C. L. **A salvação do eu**: representações do envelhecimento em anúncios de previdência privada. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: PUC-RIO, 2006.

FERREIRA, A. **Dicionário Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995, p. 304.

FERREIRA, A.J.A. **Cartilha comemorativa dos 35 anos do Bairro Edson Queiroz**. Fortaleza, CE: Câmara Municipal de Fortaleza, 2005.

FERREIRA, C. L.; MATA, A. N. de S.; GOMES, T. G. et al.. Auto-avaliação, Doenças Crônicas e Medicamentos: a saúde sob a perspectiva do idoso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil. Trabalho apresentado no III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia. **III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia**, São Paulo, 3 a 5 de novembro de 2009.

FERREIRA, V. M.; RUIZ, T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. **Rev. Saúde Pública**, 2012, v. 46, n.5, p. 843-849.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal de. Saúde do Idoso. Célula de Atenção as Condições Crônicas. **Atenção à Saúde do Idoso**. Fortaleza, CE: PMF, 2013.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo, 2007, cap. 4, p.125-133.

FREITAS, L. R. S; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2012, Brasília, v. 21 n. 1, p. 7-19.

FREYRE, G. **Casa-grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 51<sup>a</sup> ed. rev. São Paulo: Global, 2006.

GARRAFA, V. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: EDUSP, 1995.

GÁSPARI, J. C.; SCHWART, M. S. O Idoso e a Ressignificação Emocional do Lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2005, v. 21 n. 1, p. 69-76.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ M.P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev Bras Epidemiol**. 2006; v. 9, p.147-149.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, D.; PAULA, E.; SCHEER, E. L. et al. Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2010, v.13, n.2, p. 313-320.

GUIMARÃES, F. R. **Como Fazer?** Diretrizes para a Elaboração de Trabalhos Monográficos. 2 ed. Campina Grande, PB: EDUEP, 2003.

HOLANDA, A. N. C. **Avaliação de programas: conceitos básicos sobre a avaliação “ex post” de programas e projetos**. Fortaleza, CE: ABC Editora, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Características gerais da população. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2000, p. 1-178.

\_\_\_\_\_. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica** número 9. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Planilha populacional IBGE 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostragens de Domicílios – PNAD**. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010**. Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostragens de Domicílios - PNAD**. Síntese de Indicadores Sociais – uma análise de vida da população brasileira 2013. Estudo e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 32. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Magnitude do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil Municipal de Fortaleza. Tema I: aspectos demográficos. **Informe**, abril 2012a, n. 30, p. 1-18.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil Socioeconômico de Fortaleza**. Tema I: aspectos demográficos. 2 ed. Fortaleza: IPECE, 2012b, v. 2, p. 1-186.

JACOB, C. R.; HEES, D. R.; WANIEZ, P. et al. **Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1995.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

LEDUC, M. M.S. Imobilidade e síndrome de imobilização. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs).. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 96, p. 1100-1108.

LEITÃO, C. Debate sobre o artigo de Minayo & Sanches. **Caderno Saúde Pública**. 1993, v. 9, p. 257-258.

LEITE, F. **Impacto da doença articular referida na funcionalidade de idosos**. Tese de Doutorado em Ciências. São Paulo, SP: USP, 2013.

LEME, L.E.G. A Gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 13-25.

LESSA, M. G. G. **O Agente Comunitário de Saúde em Fortaleza: vivências profissionais**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, 2013.

LIMA-COSTA M. F. F.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M., et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2000, v. 9, n.1, p. 23-41.

LIMA-COSTA M. F.; BARRETO S. M.; GIATTI L.; UCHÔA, E. 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**, 2003, n. 19, p. 735-743.

LOPES, J. M. C. **A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde**. Dissertação de Mestrado em Educação. Porto Alegre, RS: UFRS, 2005.

\_\_\_\_\_. Abordagem centrada na pessoa. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre, RS: Artmed/Panamericana Editora, 2007, v. 2, p.1., p. 109 – 144.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**. 2005, n. 24, p.105-125.

MACEDO, B. G.; PEREIRA, L. de S. M.; CASTRO, A. N. B. V. de. et al. Correlação entre acuidade visual e desempenho funcional em idosos com catarata. **Geriatrics & Gerontologia**. 2009, v. 3, n. 4, p. 158-163.

MACHADO. J. P. **Dicionário Onomástico e Etimológico da Língua Portuguesa**. Lisboa: Livros Horizonte, 2003.

MADEIRO, C. **Notícias: Referência na atenção básica, PSF só atende 40% dos moradores de capitais**. Em 13 de setembro de 2013. Disponível em: <http://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/ciencia/2013/09/13/referencia-na-atencao-basica-psf-so-atende-40-dos-moradores-de-capitais.htm> Acesso: 20 abr. 2014.

MARQUESINI, E. A. **Automedicação em idoso: estudo SABE**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP – Escola de Enfermagem, 2011.

MARTINS, J. J.; SCHIER, J.; ERDMANN, A. L., et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2007, v. 10, n. 3, p. 371-382.

MASCARO, S. de A. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção Primeiros Passos).

MAYAN, M. J. **An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals**. Edmonton: Universidade of Alberta, 2001.

MENDES, F.; MANTOVANI, M. F.; GEMITO, M. L.; LOPES, M. J. A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. **Rev. Enf. Ref.** 2013, v. Ser III, n. 9, p. 17-25.

MIKEWIS, D.; ANDERSON, J. Negro, preto ou pardo? A pergunta sempre foi fonte de controvérsias, mas agora a resposta foi surpreendente: a maioria dos jovens assume que é negra. **Revista Raça Brasil**, nov. 2005, p. 1. Edição 92, p. 5-7.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** Belo Horizonte, MG: SAS/MG, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 1993.

\_\_\_\_\_. SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade.** Cadernos de Saúde Pública, 1993, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G. V. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 201-230.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINELLI, C.; FEN, L. F.; MINELLI. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil. **Stroke**, 2007, v. 38, p. 2906-2911.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** Brasília, DF: OPS, 2012. 98 p.

MOURA, K. S.; BESSA, O. A. A. C.; NUTO, S. A. S.; et al. Projeto Coorte Dendê: diagnóstico demográfico e condições de moradia de uma comunidade de baixa renda em Fortaleza- Ceará. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**, 2010, n. 1, p. 18-24.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia.** 3 ed. Campinas, SP: Alínea, 2008.

NUNES, E. D. Sociologia da Saúde: história e temas. In: Campos, G. V. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 19-51.

ONU. Organizações das Nações Unidas. **Notícias: Governos devem assumir a saúde dos idosos como prioridade afirma Navi Pillay.** Em 19 de setembro de 2011. Disponível em: <http://www.onu.org.br/governos-devem-assumir-a-saude-dos-idosos-como-prioridade-afirma-navi-pillay/> Acesso 13 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio.** Resumo Executivo. Publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Nova York e pela HelpAge International, Londres, 2012.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas**. Washington, DC: OPS, 2013.

PANAZZOLO, D.; TRELHA, C.S.; DELLAROZA, M. S.G.; CABREZA, M.; SOUZA, R. Dor crônica em idosos moradores do conjunto Cabo Frio, da cidade de Londrina/PR. **Rev. Dor**. 2007, v. 8, n. 3, p. 1047-1051.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 165.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: Velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

\_\_\_\_\_. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PAULA, E. P. de; VALENTIM, S. dos S. **As práticas culturais e a construção de gênero entre mulheres agentes comunitárias de saúde**. MG: CEFET, 2012.

PECHER. S. A. Asma brônquica no idoso. **Rev. Para. Med.**, set. 2007, v. 21 n. 3, p. 47-51.

PELLANDA, L. C. Determinantes precoces das doenças cardiovasculares no curso da vida: uma mudança de paradigma para a prevenção. **Rev. Assoc Med Bras.**, 2011, v. 57, n. 6, p. 608-609.

PENDLETON D; SCHOFIELD T; TATE P; HAVELOK, P. **A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente**. Trad. Anelise Burmeister. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011.

PEREIRA, A. B. C. N. da G.; ALVARENGA, H.; PEREIRA JÚNIOR, R. S. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, set. 2009, v. 25, n. 9, p. 1929-1936.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. et al. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq. bras. cardiol.**, jul. 2008, v. 91, n. 1, p. 1-10.

PERES, M. A. C. **Velhice, trabalho e cidadania: as políticas da terceira idade e resistência dos trabalhadores idosos à exclusão social**. Tese (Doutorado em Educação). Departamento de Filosofia da Educação e Ciências da Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo: FE-USP 2007. 372f.

PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Rev. Sociedade e Estado**. 2011, v. 26, n. 3, p. 631 - 661.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003, p. 7-34.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2009, v. 12 n. 1, p. 123-140.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf.**, 2010, v. 12, n. 4, p. 766-769.

PINTO, F. N. R.; BARHAM, E. J.; ALBUQUERQUE, P. P. de. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 3º quadrimestre de 2013, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlo, SP: UFSCar, 2013, v. 13, n. 3, p. 1159-1181.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista Saúde Pública**, 1995, v. 29, n. 4, p. 318-325.

PORDÉUS, A. M. J.; ANDRADE, F. S. de B. F.; OLIVEIRA, E. R. de. et al. Comunidade do Dendê: um diagnóstico de suas famílias. **Revista RECCS**, Fortaleza, CE, 1999, n. 11, p. 9-17.

REALE, G.; ANTISERI, D. **História da Filosofia**. De Spinoza a Kant. V. 4. 3 ed. São Paulo: Paulus, 2009.

REBOUÇAS, M.; GOMES, M. M. F.; BARROS, M. G. P. de. et al. **Diferença entre perfis de brasileiros idosos no início dos anos 2000**. Belo Horizonte, MG: UFMG/Cedeplar, 2011. (Texto para discussão; 416).

REIS, J. C. **História & Teoria**: historicismo, modernidade, temporalidade e verdade. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

RIGO, J. C.; RIGO, J. F. O.; FARIA, B. C. et al. Trauma associado com uso de álcool em idosos. **Brasília Med.**, 2005, n. 42, p. 35-40.

RODRIGUES, L. C. Proposta para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. Fortaleza, CE. **Revista Aval**, 2008, ano 1, v. 1, n. 1, p. 17-27.

RONZANI, T. M; STRALEN, C.J. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**. 2003, v.6, n.2, p. 99-107.

RUIZ, J. Á. **Metodologia Científica**: guia para eficiência nos estudos. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

SABE. Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **Questionário SABE**. São Paulo: USP, 1999.

SABE. Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **Questionário SABE**. São Paulo: USP, 2006.

SANTOS, V. H.; REZENDE, C. H. A. Nutrição e Envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 930-941.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes no Idoso**. São Paulo: SBD, 2011.

SBH; SBC; SBN. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Cardiologia e Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens.**, 2010, v. 13, n. 1, p. 1-68.

SBGG. Documentos da SBGG. Residência médica em Geriatria: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). **Geriatrics & Gerontology**; 2011, v. 5, n. 2, p. 119 - 125.

SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. **J Bras Pneumol.**, 2012, n. 38 (supl.1), p. S1-S46.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO e SILVA, G. A. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. In: VICTORA, C. G. et al. **Saúde no Brasil: a série The Lancet**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 61-74.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY. T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Revista Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SENGER, A. E. V.; ELY, L. S.; GANDOLFI, T. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2011, v.14, n. 4, p. 713-719.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética**. II Aspectos médicos-sociais [trad. Orlando Soares Moreira]. São Paulo: Loyola, 1991.

SILVA, R.; SCHMIDT, OL F.; SILVA, S. da. Polifarmácia em Geriatria. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, abr.-jun. 2012, v. 56, n. 2, p. 164-174.

SILVA-SILVA, M. O. **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001a.

\_\_\_\_\_. Avaliação das políticas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA-SILVA, M. O. da (Org.). **Avaliação das políticas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001b.

SOARES, L. C.; SANTANA, M. da G.; MUNIZ, R. M. O fenômeno do câncer na vida de idosos. **Cienc Cuid Saúde**, out./dez. 2010, v. 9, n. 4, p. 660-667.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde /Unesco/DFID, 2004.

\_\_\_\_\_, B. & SHI, L. **Policy relevant determinants of health: an international perspective**. Health Policy, 2002, n. 60, p. 201-216.

\_\_\_\_\_. B. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Memorial Fund Quartely**. New York, 2005, v. 83, N. 3, p. 457-502.

STARFIELD, B.; SHI, L. **Manual for the Primary Care Assessment Tools**. Baltimore; Johns Hopkins University. 2009.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.**, 2005, v. 83, p. 457-502.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

TELLES FILHO, P. A. **Asma Brônquica/Asma no Idoso**. 2010. Disponível em [http://www.asmabronquica.com.br/medical/asma\\_idoso.html](http://www.asmabronquica.com.br/medical/asma_idoso.html). Acesso em: 23 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. ALMEIDA, A. G. P.; PINHEIRO, M. L. P. Automedicação em Idosos: um Problema de Saúde Pública. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun 2013, v. 21, n. 2, p. 197-201.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT.**, set. 2009, n.3, p.20-27.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. **Ideologia e cultura moderna**. 5 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 183-206.

TRELHA, C. S.; PANAZZOLO, D.; DELLAROZA, M. S. G. et al. Capacidade funcional de idosos com dor crônica residentes na comunidade. **Geriatrics & Gerontologia**, 2008, v. 2, n. 2, p. 59-64.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UECE. Universidade Estadual do Ceará. **Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza**. Perfil da SER IV. Fortaleza, CE: UECE, 2011.

VAUGHN, S.; SCHUMM, J. S.; SINAGUB, J. **Focus group interviews in Education and Psychology**. California: Sage Publications. 1996. 174 p.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; MOTTA, L. B. da, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, apr. 2014, v. 48, n. 2, p. 357-365.

VERONESE, M. V; GUARESCHI, P. A. Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. **Revista de Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, 2006, v. 42, n. 2, p. 89-93.

VIANA, L. M. M. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Teresina, PI: UFPI, 2012.

VIANNA, G. L.; VIANNA, C; BEZERRA, A. J. C. Relação Médico-Paciente idoso: desafios e Perspectivas. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. 2010, v. 34, n.1, p. 150 - 159.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre, RS: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **A Ética e a Metodologia**. São Paulo: Pioneira, 1998.

VITTA, A. **Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos**. [tese]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2001.

WHO. World Health Organization. **Summary: surveillance of risk factors for non communicable diseases: the WHO STEP wise approach**. Geneva: WHO, 2001.

\_\_\_\_\_. **Active ageing: a policy Framework**. Genebra: WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. Scientific Group on the Prevention and Management of Osteoporosis. **Prevention and management of osteoporosis**. Geneva: World Health Organization, 2003. (Technical Report Series, 921).

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report**. Geneva: WHO, 2005a.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: OPAS, 2005b.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. de A.; CÉSAR, C. L. G. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jun. 2007, v. 23, n. 6, n. 1329-1338.

ZAITUNE, M. P. do A.; BARROS, M. B. de A.; LIMA, M. G. et al. 2012. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar, 2012, v. 28, n. 3, p. 583-595.

ZIMMERMANN, M. H.; MARTINS, P. L. O. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/211\\_86.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/211_86.pdf)>. Acesso: 20/ jul. 2014.

## POETAS E POETISAS

### **Adélia Luzia Prado Freitas**

PRADO. A. L. F. **Manuscritos de Felipa**. São Paulo: Siciliano, 1999, p. 83.

### **Ana Lins dos Guimarães Peixoto Bretas (Cora Coralina)**

BRETAS. A. L. G. P. Assim vejo a vida. Publicado pelo Jornal **Folha de São Paulo**. Caderno "Folha Ilustrada", edição de 04/07/2001, p. 3.

### **Carlos Drummond de Andrade**

ANDRADE, C. D. Boitempo. In: \_\_\_\_\_. **Poesia completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2003, p.

### **Cecília Benevides de Carvalho Meireles**

MEIRELES. C. B. C. Retrato. **Obra poética**. Biblioteca luso-brasileira: Série brasileira. Rio de Janeiro: Companhia J. Aguilar, 1958, v. 4, p. 10.

### **Mário de Miranda Quintana**

QUINTANA. M. M. **Reflexos, Reflexões...** A Vaca e o Hipogrifo. Porto Alegre, RS: Globo, 1977.

### **Martha Medeiros**

MEDEIROS, M. **Strip-Tease**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

### **Olavo Brás Martins dos Guimarães Bilac**

BILAC, O. B. M. G. **Poesias Infantis**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1929.

### **Rachel de Queiroz**

QUEIROZ, R. A Velha Amiga. Crônica publicada no Jornal **O Estado de São Paulo**. 13/01/2001.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, não deve participar contra a vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa terá como tema O SUS E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: a atenção à saúde do idoso na perspectiva da Atenção Básica - Estratégia Saúde da Família, em área carente do Município de Fortaleza - Ceará. Se o senhor (a) consentir na entrevista, será utilizado gravador para melhor compreensão dos dados. Informamos que: garantimos o sigilo quanto às informações prestadas; - não divulgaremos qualquer informação que esteja relacionada à sua intimidade. Caso aceite participar, não haverá qualquer prejuízo para o (a) Sr. (a) em face das informações fornecidas.

Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento. Em caso de dúvidas, favor contatar o(a) pesquisador(a) Tales Coelho Sampaio por meio dos telefones (0xx85) 3477 3676 ou 4008 7832. Ou no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, rua Coronel Nunes de Melo 1127, telefone – 33668338.

Responsável pela pesquisa  
 Nome: Tales Coelho Sampaio  
 Instituição: Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas; Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - Universidade Federal do Ceará.  
 Endereço: Quadra da FACED - Prédio do NUPER, Campus do Benfica, Rua Marechal Deodoro, 750, Bairro: Benfica – CEP – Fortaleza – Ceará. CEP: 60.020-060.  
 Telefones: 3366 7435 - Fax: 3366 7666

**ATENÇÃO. Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará  
 Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo. Telefone: 33667680**

Digital

#### DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo, e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam concordo em dele participar. Para isso, DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2014.

Assinatura do(a) voluntário(a) ou digital

Nome e assinatura do(s) responsável (eis) pelo estudo

Nome do(a) participante:  
 Endereço do(a) participante-voluntário(a):  
 Domicílio (rua, praça, conjunto):  
 Bloco: Nº, complemento:  
 Bairro: CEP/Cidade/Telefone:  
 Ponto de referência:

## APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**O SUS E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PERSPECTIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NA ATENÇÃO BÁSICA**

### QUESTIONÁRIO - Idoso

Nº do questionário: \_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, asseguro-lhe de que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o(a) Sr.(a) não queira responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

#### CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO (Informações Pessoais)

01. Qual sua idade? (só aceita  $\geq 60$  anos) - \_\_\_\_\_ anos

1  60 a 69 anos

4  80 a 89 anos

6  100 ou mais anos

2  70 a 79 anos

5  90 a 99 anos

02. Sexo:

1  masculino

2  feminino

## 03. Estado Civil. Qual seu estado conjugal atual?

- 1  solteiro  
 2  casado legalmente  
 3  têm união estável há mais de seis meses  
 4  viúvo  
 5  separado ou divorciado  
 6  NR/NS (não respondeu/não sabe)

## 04. Qual é sua religião?

- 1  católico  
 2  protestante ou evangélico  
 3  judaica  
 4  outros cultos sincréticos  
 5  outros \_\_\_\_\_(especifique)  
 6  nenhuma  
 7  NR/NS (não respondeu/não sabe)

## 05. O (A) Sr (a) sabe ler e escrever um recado?

- 1  Sim    2  Não    3  NR (não respondeu)

## 06. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

|  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> curso primário  | 6 <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior |
| 2 <input type="checkbox"/> admissão  | 7 <input type="checkbox"/> pós-graduação             |
| 3 <input type="checkbox"/> curso ginásial ou ginásio   | 8 <input type="checkbox"/> nunca estudou             |
| 4 <input type="checkbox"/> 1º grau / fundamental / supletivo 1º grau   | 9 <input type="checkbox"/> não respondeu/não sabe    |
| 5 <input type="checkbox"/> 2º grau / colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau. |  |

## 07. A sua cor ou raça é:

- 1  branca    3  amarela    5  indígena  
 2  preta    4  parda    6  NR/NS (não respondeu/não sabe)

## 08. O (a) senhor (a) vive atualmente de:

- 1  Aposentadoria    4  Somente de ajuda de familiares  
 2  Trabalho informal    5  Somente de ajuda de outros que não são familiares  
 3  Salário (empregado)    6  Outros rendimentos (aluguéis, etc.)  
 4  Pensão    7  NR/NS (não respondeu/não sabe)

**CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO**

## 9. A origem do(a) sr(a) é?

- 1  rural, nasceu no campo - interior.  
 2  urbano, nasceu em Fortaleza.  
 3  urbano, nasceu em outro estado \_\_\_\_\_

## 10. Há quanto tempo o(a) sr(a) mora na Comunidade do Dendê?

- 1  menos de 1 ano    3  de 11 a 20 anos    5  mais de 30 anos  
 2  de 1 a 10 anos    4  de 21 a 30 anos    6  NR/NS (não respondeu/não sabe)

## 11. Qual o tipo de casa do(a) sr(a)?

- 1  sobrado    3  taipa    5  outros: \_\_\_\_\_  
 2  térrea de alvenaria    4  barraco (madeira, lona, palha) \_\_\_\_\_

12. A casa do(a) sr(a) é?

- 1  própria      3  cedida      5  NR/NS (não respondeu/não sabe)  
 2  alugada      4  outro \_\_\_\_\_

13. Quantas pessoas na casa além do(a) sr(a)?

- 1  sozinho(a)    3  2    5  4    7  10 a 14    9  20 ou mais  
 2  1    4  3    6  5 a 9    8  15 a 19    10  NR/NS

14. O(a) sr(a) mora em um domicílio:

- 1  em domicílio de 1 geração (apenas com o cônjuge).  
 2  em domicílio de 2 gerações (com esposo (a) e/ou filhos e/ou genros/noras)  
 3  em domicílio de 3 gerações (acrescentando netos)  
 4  em domicílio de 4 gerações (acrescentando bisnetos)  
 5  sozinho

15. Quanto, em média, a família do(a) sr(a) ganha por mês? (SM em 2013 - R\$ 678,00 reais)

- 1  menos de 1 salário-mínimo.      4  5 ou mais salários-mínimos.  
 2  de 1 a 2 salários-mínimos.      5  NR/NS (não respondeu/não sabe)  
 3  de 3 a 4 salários-mínimos.

16. Na sua casa o(a) sr(a) possui:

- 16.1 - Água encanada      1.1  Sim      2.1  Não  
 16.2 - Esgoto      1.2  Sim      2.2  Não  
 16.3 - Eletricidade      1.3  Sim      2.3  Não

#### ESTADO DE SAÚDE

17. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?

- 1  excelente      3  boa      5  má  
 2  muito boa      4  regular      6  NR/NS (não respondeu/não sabe)

18. Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o(a) sr(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então?

- 1  melhor      2  igual      3  pior      4  NR/NS (não respondeu/não sabe)

19. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) sr(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior?

- 1  melhor      2  igual      3  pior      4  NR/NS (não respondeu/não sabe)

20. Como o(a) sr(a) avalia sua memória atualmente?

- 1  excelente    2  muito boa    3  boa    4  regular    5  má    6  NS/NR

21. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?

- 1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

22. Atualmente, o(a) sr(a) fuma?

- 1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

23. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa?

- 1  sim    2  não    3  mora sozinho    4  NR/NS (não respondeu/não sabe)

24. Nos últimos 12 meses, tem feito exercícios ou realizado atividades físicas vigorosas regularmente, como esportes, caminhada rápida, dança ou trabalho pesado, 3 vezes por semana?

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

25. Quantas refeições completas o(a) sr(a) faz por dia?

1  uma      2  duas      3  três      4  NR/NS (não respondeu/não sabe)

26. Com relação a seu estado nutricional o(a) sr(a) se considere bem nutrido?

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

27. O(a) sr(a) toma algum medicamento prescrito pelo médico?

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

28. O(a) sr(a) toma algum medicamento por conta própria (sem orientação médica)?

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

29. Qual o número total de medicamentos que o(a) sr(a) toma atualmente?

1  1      3  3      5  5 a 10      7  não toma  
2  2      4  4      6  mais de 10      8  NR/NS

30. O(a) sr(a) toma medicação/remédio para dor?

1  raramente      3  sim, 3 vezes/semana      5  sim, diariamente      7  NR/NS  
2  sim, 1 vez/semana      4  sim, 5 vezes/semana      6  não faz uso

31. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta (HAS)? (Se “não” ou “NR” ou “NS” pule para questão 34).

1  sim      2  não      3  NR/NS

32. Atualmente, o(a) sr(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

33. Sua pressão sanguínea geralmente está controlada?

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

34. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem diabetes (DM)?

(Se “não” ou “NR” ou “NS” pule para questão 38)

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

35. Atualmente, o(a) sr(a) está tomando algum comprimido para controlar a diabetes?

1  sim      2  não      3  não tem diabetes      4  NR/NS

36. Para controlar seu diabetes, utiliza injeções de insulina?

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

37. Seu diabetes está geralmente controlado?

1  sim      2  não      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

38. Onde o(a) sr(a) consegue a medicação para controlar a diabetes ou a pressão alta?

- 1  farmácia do Posto de Saúde                      4  farmácia privada (comprando a medicação)  
 2  farmácia popular                                      5  NR/NS (não respondeu/não sabe)  
 3  farmácia privada – gratuito (Programa Saúde não tem preço)

39. Teve alguma queda nos últimos 12 meses?

- 1  não                                      3  sim, duas vezes                      5  sim, seis ou mais vezes  
 2  sim, uma vez                      4  sim, três a cinco vezes                      6  NR/NS (não respondeu/não sabe)

40. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem/teve:

|       |                                    |                                   |                                   |   |
|-------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 40.1  | Asma, bronquite ou enfisema        | 1.1 <input type="checkbox"/> sim  | 2.1 <input type="checkbox"/> não  | 3.1 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.2  | Infarto                            | 1.2 <input type="checkbox"/> sim  | 2.2 <input type="checkbox"/> não  | 3.2 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.3  | Colesterol/ triglicérides elevado  | 1.3 <input type="checkbox"/> sim  | 2.3 <input type="checkbox"/> não  | 3.3 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.4  | Osteoporose (fraqueza dos ossos)   | 1.4 <input type="checkbox"/> sim  | 2.4 <input type="checkbox"/> não  | 3.4 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.5  | Ansiedade, depressão               | 1.5 <input type="checkbox"/> sim  | 2.5 <input type="checkbox"/> não  | 3.5 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.6  | Dor articular: reumatismo, artrose | 1.6 <input type="checkbox"/> sim  | 2.6 <input type="checkbox"/> não  | 3.6 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.7  | AVC (derrame)                      | 1.7 <input type="checkbox"/> sim  | 2.7 <input type="checkbox"/> não  | 3.7 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.8  | Câncer ou tumor maligno            | 1.8 <input type="checkbox"/> sim  | 2.8 <input type="checkbox"/> não  | 3.8 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.9  | Dificuldade de escutar / ouvir     | 1.9 <input type="checkbox"/> sim  | 2.9 <input type="checkbox"/> não  | 3.8 <input type="checkbox"/> não se lembra  |
| 40.10 | Dificuldade visual – catarata...   | 1.10 <input type="checkbox"/> sim | 2.10 <input type="checkbox"/> não | 3.10 <input type="checkbox"/> não se lembra |

## USO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS

### ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

(A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o CIES / Posto de Saúde CSF Mattos Dourado)

41. Quando necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), ou tem um novo problema de saúde, vai ao CIES / Posto Mattos Dourado antes de ir a outro serviço de saúde?

- 1  sim                                      2  não                                      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

### ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

42. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) no CSF Mattos Dourado?

- 1  sim                                      2  não                                      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

43. Quando chega ao CSF Mattos Dourado, tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

- 1  não                                      3  sim, 2 horas                                      5  sim, 4 ou mais horas  
 2  sim, 1 hora                                      4  sim, 3 horas                                      6  NR/NS (não respondeu/não sabe)

44. É difícil conseguir atendimento médico quando pensa que é necessário?

- 1  sim                                      2  não                                      3  NR/NS (não respondeu/não sabe)

45. Quanto tempo esperou entre a solicitação da consulta e o atendimento?

- 1  dias (2 a 6)                                      3  duas a três semanas                                      5  é atendido(a) no mesmo dia  
 2  uma semana                                      4  meses                                      6  NR/NS (não respondeu/não sabe)

46. O que o Sr(a) acha do atendimento no CSF Mattos Dourado?

- 1  excelente                      3  bom                      5  ruim  
2  muito bom                      4  regular                      6  NR/NS (não sabe / não quis informar)

47. Em relação ao atendimento e ao seu grau de satisfação, dê uma nota de zero a dez.

\_\_\_\_

48. Durante a consulta, foram solicitados exames diagnósticos (laboratoriais ou de imagem)?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

49. O Sr(a) consegue realizar esses exames?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

50. Durante a consulta, foi prescrita alguma medicação?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

51. O Sr(a) consegue adquirir essas medicações?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

#### LONGITUDINALIDADE

52. Quando vai ao Posto de Saúde Mattos Dourado, é o mesmo médico ou enfermeiro que o atende todas às vezes?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

53. Acha que o seu “*médico/enfermeiro*” entende o que diz ou pergunta?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

54. O seu “*médico/enfermeiro*” responde suas perguntas de maneira que entenda?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

55. O seu “*médico/enfermeiro*” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

56. Sente-se à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “*médico/enfermeiro*”?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

57. O seu “*médico/enfermeiro*” sabe quais problemas lhe são mais importantes?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

58. O seu “*médico/enfermeiro*” conhece a sua história clínica (história médica) completa?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

59. Mudaria do CSF Mattos Dourado / ou do *médico/ enfermeiro*” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

- 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

**COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

60. O *médico/enfermeiro* do CSF Mattos Dourado sugeriu (indicou, encaminhou) que fosse se consultar com algum especialista ou serviço especializado?

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

61. O seu “*médico/enfermeiro*” do CSF Mattos Dourado escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

62. Depois que foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “*médico/ enfermeiro*” do CSF Mattos Dourado conversou sobre o que aconteceu durante esta consulta?

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

**INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

63. Avaliação da saúde bucal - exame dentário ou da prótese e/ou tratamento dentário.

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

64. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

**INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS**

65. Orientar sobre alimentação saudável.

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

66. Orientar a respeito de exercícios físicos apropriados.

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

67. Verificar e discutir os medicamentos que está tomando.

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

68. Orientação como prevenir quedas.

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

69. Oferecer vacinas. O(A) sr.(a) recebeu algumas destas vacinas?

69.1 gripe nos últimos 12 meses    1.1 sim                      2.1  não                      3.1  não lembra

69.2 tétano, nos últimos 10 anos    1.2 sim                      2.2  não                      3.2  não lembra

**ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

70. O seu “*médico/enfermeiro*” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para si ou para um membro da sua família?

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

71. O seu “*médico/enfermeiro*” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?

1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

**ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

72. Algum profissional médico/enfermeiro do CSF Mattos Dourado faz visitas domiciliares?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

73. O CSF Mattos Dourado conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

74. O CSF Mattos Dourado ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

### **O PSF E O CSF MATTOS DOURADO**

75. O(A) sr(a) conhece o Programa de Saúde da Família?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

76. O(A) sr(a) sabe quem é a equipe de saúde (médico/enfermeira/dentista) responsável pela área aonde você mora?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

77. O(A) sr(a) conhece o agente comunitário de saúde responsável por sua rua?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

78. Por ser idoso, o(a) sr(a), teve algum atendimento preferencial?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

79. O(A) sr(a) tem a caderneta de saúde da pessoa idosa?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

80. Algum profissional de saúde (médico/enfermeiro) durante a consulta já solicitou alguma vez a caderneta de saúde da pessoa idosa?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

81. O(A) sr(a) acha importante o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

82. O(A) sr(a) leva a caderneta de saúde da pessoa idosa quando vai à consulta no CSF Mattos Dourado?  
 1  sim                      2  não                      3  não tem a caderneta                      4  NR/NS

83. O Sr(a) sente-se bem acolhido no CSF Mattos Dourado?  
 1  sim                      2  não                      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

84. O Sr(a) prefere o atendimento de hoje realizado no CSF Mattos Dourado ou antes, quando era realizado no NAMI?  
 1  CSF Mattos Dourado      2  NAMI      3  NR/NS (não sabe / não quis informar)

85. Após a chegada do Programa de Saúde da Família - PSF no CSF Mattos Dourado – houve alguma alteração na sua vida devido a atenção à saúde prestada pelos profissionais de saúde?  
 1  Melhorou efetivamente minha vida                      3  Piorou minha vida  
 2  Não fez diferença na minha vida                      4  NR/NS (não sabe / não quis informar)

## APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**O SUS E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PERSPECTIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NA ATENÇÃO BÁSICA**

### QUESTIONÁRIO (Profissionais de Saúde)

Nº do questionário: \_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, asseguro-lhe de que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o(a) Sr.(a) não queira responder, simplesmente ignore a questão e passe para a próxima pergunta.

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Equipe PSF: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/2013

#### CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO (Informações Pessoais)

01. Qual sua idade?

1 \_\_\_\_\_ anos

02. Sexo:

1  masculino

2  feminino

03. Estado Civil. Qual seu estado conjugal atual?

- 1  solteiro  
 2  casado legalmente  
 3  têm união estável há mais de seis meses  
 4  viúvo  
 5  separado ou divorciado  
 888  não quis informar

04. Qual é sua religião?

- 1  católico  
 2  protestante ou evangélico  
 3  judaica  
 4  outros cultos sincréticos  
 5  outros \_\_\_\_\_(especifique)  
 6  nenhuma  
 7  NR/NS (não respondeu/não sabe)

05. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

|  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> curso primário  | 6 <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior |
| 2 <input type="checkbox"/> admissão  | 7 <input type="checkbox"/> pós-graduação             |
| 3 <input type="checkbox"/> curso ginásial ou ginásio   | 8 <input type="checkbox"/> nunca estudou             |
| 4 <input type="checkbox"/> 1º grau / fundamental / supletivo 1º grau   | 9 <input type="checkbox"/> não respondeu/não sabe    |
| 5 <input type="checkbox"/> 2º grau / colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau. |  |

06. Qual sua Profissão?

- 1  enfermeiro (a)  
 2  médico (a)  
 3  odontólogo (a)  
 4  agente comunitário de saúde  
 5  outros \_\_\_\_\_(especifique)  
 6  NR/NS (não respondeu/não sabe)

07. Se formado, qual o ano de sua Formatura? \_\_\_\_\_.

Portanto, é formado há:

- 1  formado há menos de 1 ano  
 2  formado de um a dois anos  
 3  formado de três a cinco anos  
 4  formado de seis a dez anos  
 5  formado de onze a quinze anos  
 6  formado de dezesseis a vinte anos  
 7  formado de vinte e um a trinta anos  
 8  formado a mais de trinta anos  
 9  NR/NS (não respondeu/não sabe)

08. Especialização / Pós Graduação + Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

09. Mestrado / Doutorado + Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. A sua cor ou raça é:

- 1  branca  
 2  preta  
 3  amarela  
 4  parda  
 5  indígena  
 777  não sabe  
 888  não quis informar

**CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

11. O Centro de Saúde da Família (CSF), considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequado para o desenvolvimento das ações básicas de saúde e o acolhimento dos idosos?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

12. O Centro de Saúde da Família (CSF) dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos idosos com garantia de privacidade visual e auditiva?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

13. Centro de Saúde da Família (CSF) dispõe dos materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência em idosos?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

14. O deslocamento dos profissionais das equipes do Centro de Saúde da Família (CSF) para a realização de atividades externas programadas (visita à idosos) é realizado por meio de veículo oficial?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

15. O veículo para deslocamento dos profissionais das equipes do Centro de Saúde da Família está sempre disponível?

1  SIM                      2  NÃO                      3  Não tem veículo oficial                      8  NR                      9  NS

16. O Centro de Saúde da Família (CSF) está adequado para atendimento de pessoas com deficiência, analfabeto e idoso?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

17. O Centro de Saúde da Família (CSF) disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade para atender aos idosos?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

**PERFIL, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.**

18. Os profissionais de nível superior da equipe possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na atenção básica?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

19. Os profissionais de nível superior da equipe possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho com a pessoa idosa?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

20. A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica?

1  SIM, raramente                      2  SIM, com frequência                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

21. A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção à pessoa idosa?

1  SIM, raramente                      2  SIM, com frequência                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

22. Os profissionais da equipe de atenção básica exercem suas habilidades e competências contribuindo com a gestão do trabalho em equipe?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

23. A equipe de atenção básica trabalha com território definido, mantém vínculo com a população idosa e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

24. A equipe de atenção básica planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade e redes sociais no planejamento das ações?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

25. A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

26. A equipe realiza a gestão do cuidado do idoso na atenção básica?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

27. A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

28. A equipe de atenção básica realiza visita domiciliar aos idosos de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

29. A equipe de atenção básica realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

30. A equipe de atenção básica reúne-se periodicamente?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

31. A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados - incluindo atenção à saúde da pessoa idosa?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

32. A equipe de atenção básica faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como seus retornos utilizando critérios de equidade?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

33. A caderneta de saúde da pessoa idosa é solicitada e atualizada por todos os membros da equipe de atenção básica em qualquer atendimento a idosos?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

34. Você conhece o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

35. Você utiliza na sua prática diária o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa?

1  SIM                      2  NÃO                      3  NÃO CONHECE                      8  NR                      9  NS

36. A equipe de atenção básica realiza acompanhamento integral da saúde do idoso?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

37. A equipe de atenção básica participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local, com ênfase no desenvolvimento comunitário e na atuação intersetorial?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

38. A equipe de atenção básica desenvolve estratégias de integração dos saberes popular e técnico-científico?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

39. A equipe de atenção básica desenvolve ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática no território?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

40. A equipe de atenção básica reúne-se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

41. A equipe de atenção básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

42. A equipe de atenção básica disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários?

1  SIM                      2  NÃO                      8  NR                      9  NS

43. Você conhece a Política Nacional de Atenção a Pessoa Idosa?

1  SIM, TOTALMENTE      1  SIM, PARCIALMENTE      3  NÃO      8  NR                      9  NS

44. Você conhece o Estatuto do Idoso?

1  SIM, TOTALMENTE      1  SIM, PARCIALMENTE      3  NÃO      8  NR                      9  NS

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

45. Na Atenção Básica, durante sua prática diária de atenção a pessoa idosa, você consegue avaliar/assistir/orientar sobre:

|                        |                                   |                                   |                                  |                                  |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Alimentação e Nutrição | 1.1 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.1 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.1 <input type="checkbox"/> NR  | 9.1 <input type="checkbox"/> NS  |
| Acuidade Visual        | 1.2 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.2 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.2 <input type="checkbox"/> NR  | 9.2 <input type="checkbox"/> NS  |
| Acuidade Auditiva      | 1.3 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.3 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.3 <input type="checkbox"/> NR  | 9.3 <input type="checkbox"/> NS  |
| Incontinência Urinária | 1.4 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.4 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.4 <input type="checkbox"/> NR  | 9.4 <input type="checkbox"/> NS  |
| Sexualidade            | 1.5 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.5 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.5 <input type="checkbox"/> NR  | 9.5 <input type="checkbox"/> NS  |
| Vacinação              | 1.6 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.6 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.6 <input type="checkbox"/> NR  | 9.6 <input type="checkbox"/> NS  |
| Avaliação Cognitiva    | 1.7 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.7 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.7 <input type="checkbox"/> NR  | 9.7 <input type="checkbox"/> NS  |
| Depressão              | 1.8 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.8 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.8 <input type="checkbox"/> NR  | 9.8 <input type="checkbox"/> NS  |
| Mobilidade             | 1.9 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.9 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.9 <input type="checkbox"/> NR  | 9.0 <input type="checkbox"/> NS  |
| Queda                  | 1.10 <input type="checkbox"/> SIM | 2.10 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.10 <input type="checkbox"/> NR | 9.10 <input type="checkbox"/> NS |
| Avaliação Funcional    | 1.11 <input type="checkbox"/> SIM | 2.11 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.11 <input type="checkbox"/> NR | 9.11 <input type="checkbox"/> NS |

| SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL                                   |                                   |                                   |                                  |                                  |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Avaliação da Funcionalidade Familiar                        | 1.12 <input type="checkbox"/> SIM | 2.12 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.12 <input type="checkbox"/> NR | 9.12 <input type="checkbox"/> NS |
| Avaliação Estresse do Cuidador                              | 1.13 <input type="checkbox"/> SIM | 2.13 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.13 <input type="checkbox"/> NR | 9.13 <input type="checkbox"/> NS |
| Violência Intrafamiliar e Maus Tratos contra a pessoa idosa | 1.14 <input type="checkbox"/> SIM | 2.14 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.14 <input type="checkbox"/> NR | 9.14 <input type="checkbox"/> NS |

46. Quais suas principais dificuldades na atenção a saúde da pessoa idosa? (é permitido assinalar mais de uma alternativa)

- 1  Necessidade de capacitação                      5  Falta de orientação da gestão (MS/SESA/PMF)  
 2  Falta de tempo para avaliar                      6  NR  
 3  Falta de infraestrutura                              7  NS  
 4  Falta de material técnico                          8  Outros (especifique)

47. Na Atenção Básica, durante sua prática diária de atenção a pessoa idosa, você consegue utilizar alguns instrumentos / testes da prática clínica de abordagem pessoal e familiar:

|  |                                   |                                   |                                  |                                  |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Avaliação da Visão (Cartão Jaeger)  | 1.1 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.1 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.1 <input type="checkbox"/> NR  | 9.1 <input type="checkbox"/> NS  |
| 2. Avaliação da Audição (Teste do Sussurro)                                  | 1.2 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.2 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.2 <input type="checkbox"/> NR  | 9.2 <input type="checkbox"/> NS  |
| 3. Avaliação Cognitiva (Mini Exame do Estado Mental)                         | 1.3 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.3 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.3 <input type="checkbox"/> NR  | 9.3 <input type="checkbox"/> NS  |
| 4. Avaliação Cognitiva (Desenho do Relógio)                                  | 1.4 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.4 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.4 <input type="checkbox"/> NR  | 9.4 <input type="checkbox"/> NS  |
| 5. Avaliação Cognitiva (Questionário de Pfeffer)                             | 1.5 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.5 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.5 <input type="checkbox"/> NR  | 9.5 <input type="checkbox"/> NS  |
| 6. Avaliação de Depressão (Escala de Depressão Geriátrica Abreviada)         | 1.6 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.6 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.6 <input type="checkbox"/> NR  | 9.6 <input type="checkbox"/> NS  |
| 7. Avaliação de Equilíbrio e Marcha (Tinetti)                                | 1.7 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.7 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.7 <input type="checkbox"/> NR  | 9.7 <input type="checkbox"/> NS  |
| 8. Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)                    | 1.8 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.8 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.8 <input type="checkbox"/> NR  | 9.8 <input type="checkbox"/> NS  |
| 9. Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton)            | 1.9 <input type="checkbox"/> SIM  | 2.9 <input type="checkbox"/> NÃO  | 8.9 <input type="checkbox"/> NR  | 9.0 <input type="checkbox"/> NS  |
| 10. Avaliação da Independência Funcional (Medida de Independência Funcional) | 1.10 <input type="checkbox"/> SIM | 2.10 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.10 <input type="checkbox"/> NR | 9.10 <input type="checkbox"/> NS |
| 11. Avaliação da Funcionalidade Familiar (Apgar de Família)                  | 1.11 <input type="checkbox"/> SIM | 2.11 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.11 <input type="checkbox"/> NR | 9.11 <input type="checkbox"/> NS |
| 12. Avaliação da Estrutura Familiar (Genograma)                              | 1.12 <input type="checkbox"/> SIM | 2.12 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.12 <input type="checkbox"/> NR | 9.12 <input type="checkbox"/> NS |
| 13. Avaliação dos Recursos Familiares e Comunitários (Ecomapa)               | 1.13 <input type="checkbox"/> SIM | 2.13 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.13 <input type="checkbox"/> NR | 9.13 <input type="checkbox"/> NS |
| 14. Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores (Zarit)                           | 1.14 <input type="checkbox"/> SIM | 2.14 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.14 <input type="checkbox"/> NR | 9.14 <input type="checkbox"/> NS |
| 15. Avaliação da Presença de Violências e Maus Tratos Contra a Pessoa Idosa  | 1.15 <input type="checkbox"/> SIM | 2.15 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.15 <input type="checkbox"/> NR | 9.15 <input type="checkbox"/> NS |
| 16. Ficha de Notificação de Violência  | 1.16 <input type="checkbox"/> SIM | 2.16 <input type="checkbox"/> NÃO | 8.16 <input type="checkbox"/> NR | 9.16 <input type="checkbox"/> NS |

48. Quais suas principais dificuldades na aplicação desses instrumentos / testes na atenção a saúde da pessoa idosa? *(é permitido assinalar mais de uma alternativa)*

- 1  Desconhece alguns instrumentos / testes
- 1  Necessita de capacitação
- 2  Falta de tempo para avaliar
- 3  Falta de infraestrutura
- 4  Falta de material técnico
- 5  Falta de orientação da gestão (MS/SESA/PMF)
- 6  NR
- 7  NS
- 8  Outros *(especifique)*

---

---

---

---

## APÊNDICE D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**O SUS E A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PERSPECTIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NA ATENÇÃO BÁSICA**

### ENTREVISTA - ROTEIRO (Idosos)

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, asseguro-lhe de que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr. não queira responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

#### CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO (Informações Pessoais)

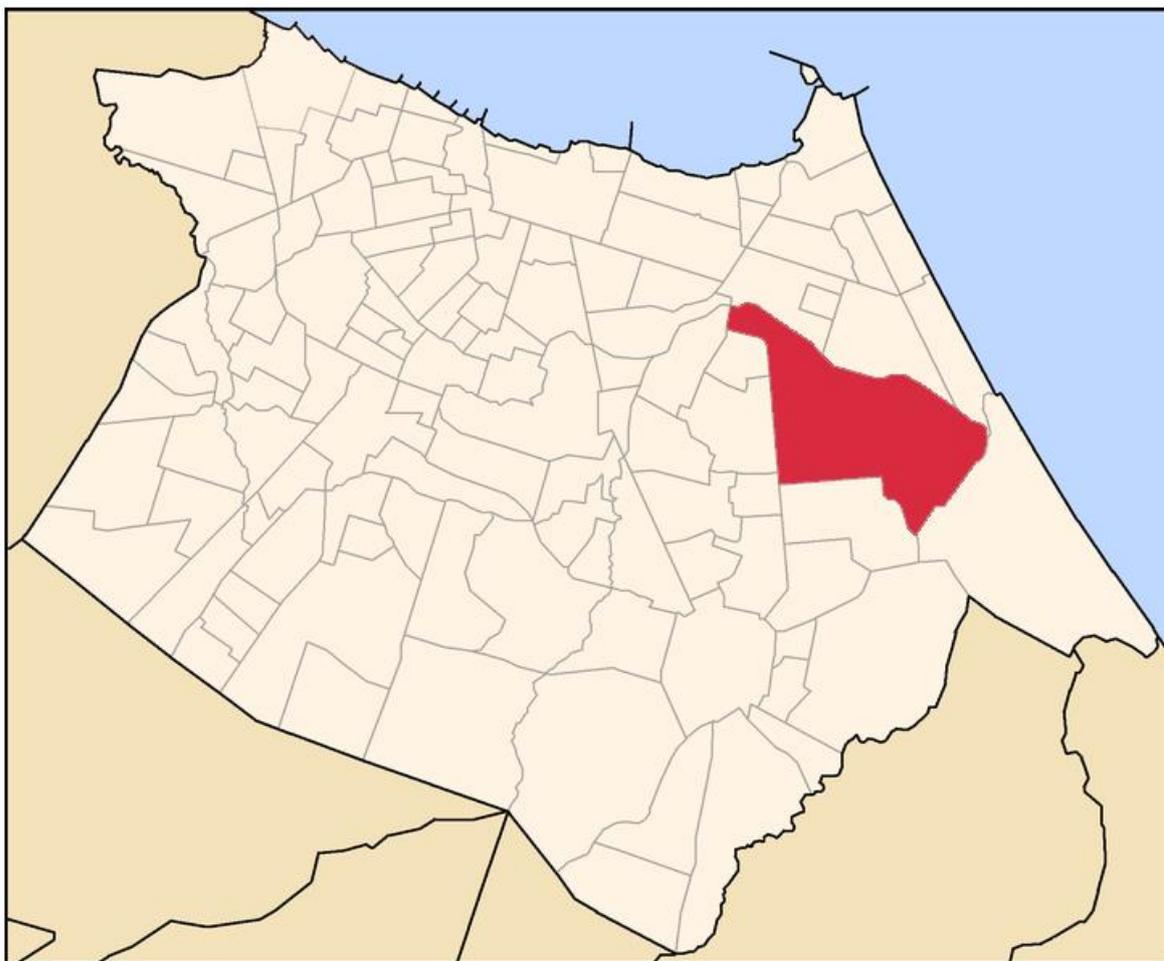
01. Qual sua idade?
02. Sexo:
03. Estado Civil. Qual seu estado conjugal atual?
04. Qual é sua religião?
05. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?
06. A sua cor ou raça é:

## **O QUE O (A) SR (A) ACHA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA PRESTADA PELO CSF MATTOS DOURADO?**

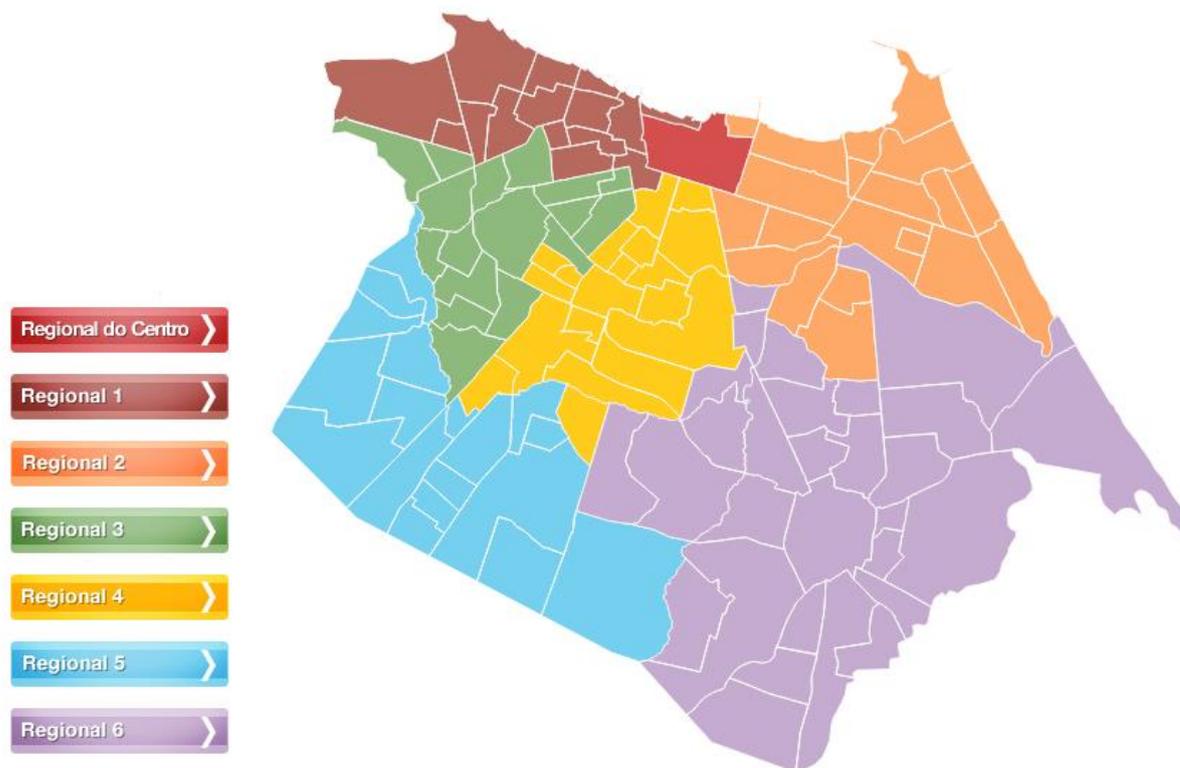
Tópicos:

- Infraestrutura física e equipamentos
- Acesso / agendamento / prioridade ao idoso
- Acolhimento
- Consultas
- Profissionais de Saúde
- Exames
- Medicações (disponibilidade, suficiência e regularidade)
- Referências
- Reabilitação
- Canais para expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações
- Disponibilização de informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários idosos
- Atenção e acompanhamento integral da saúde do idoso

# **ANEXOS**

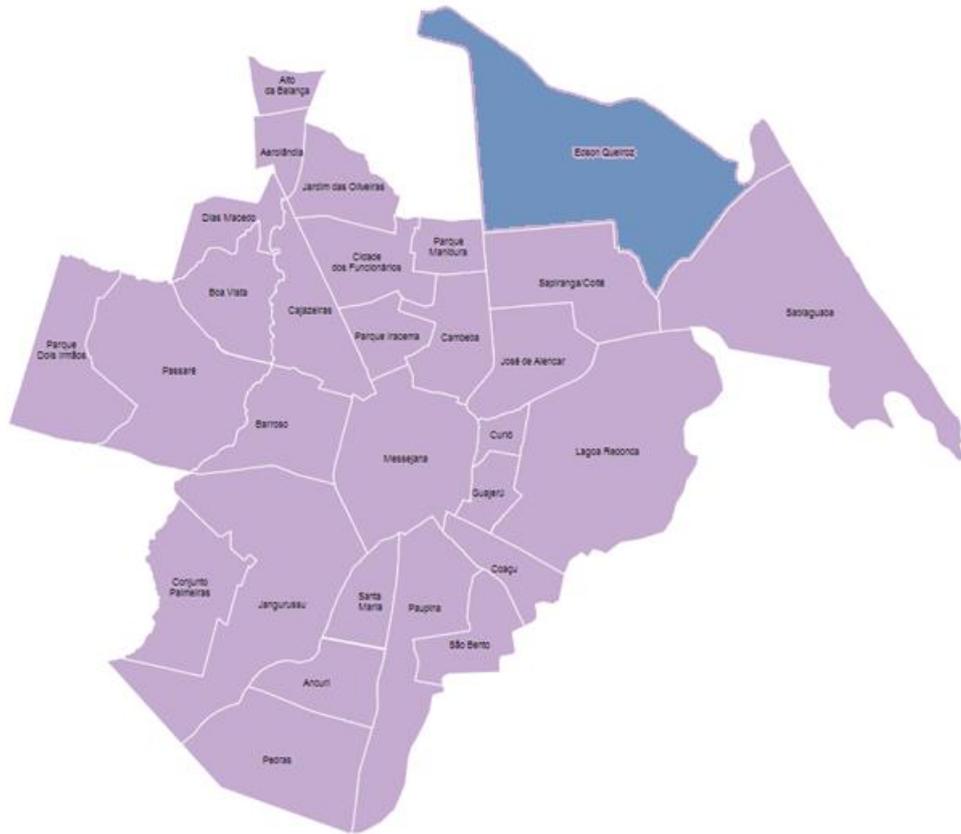
**ANEXO A**

**Figura 2 – Fortaleza, CE – mapa bairro Edson Queiroz**

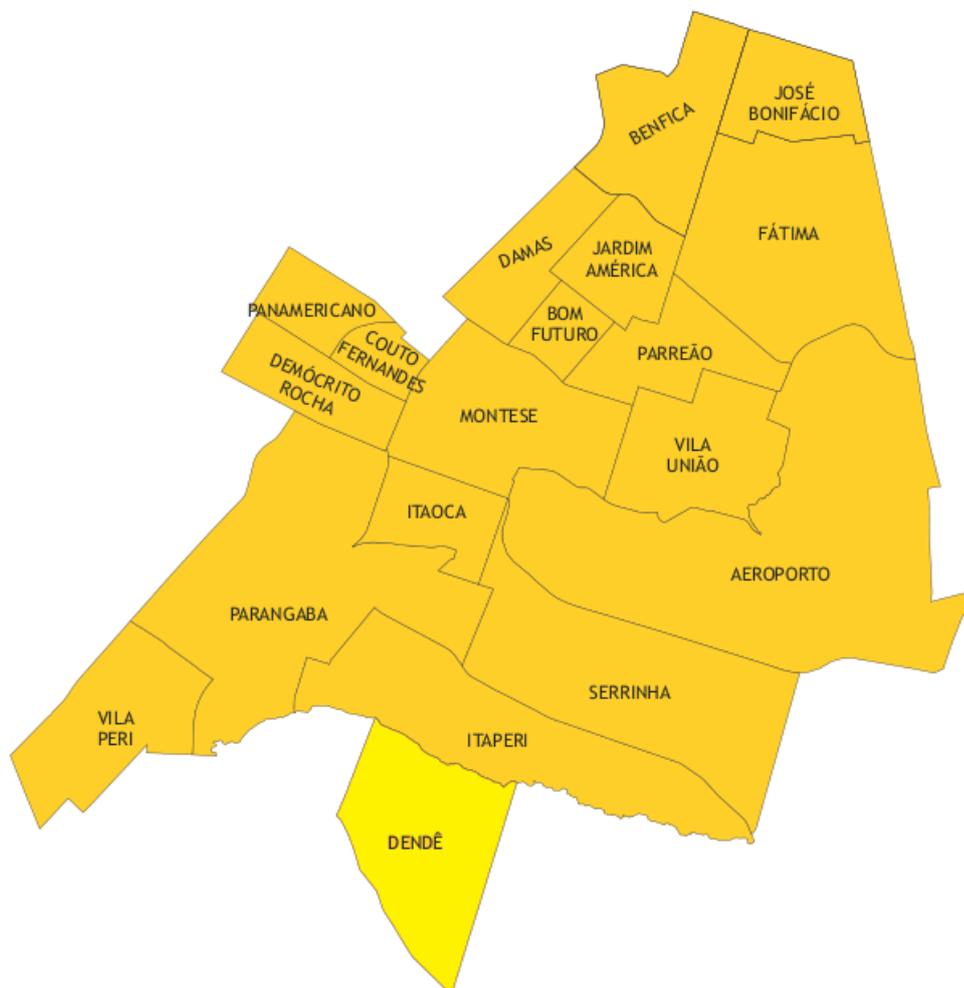
**ANEXO B**

**Fig. 3 - Mapa das secretarias executivas regionais de Fortaleza-CE**

## ANEXO C

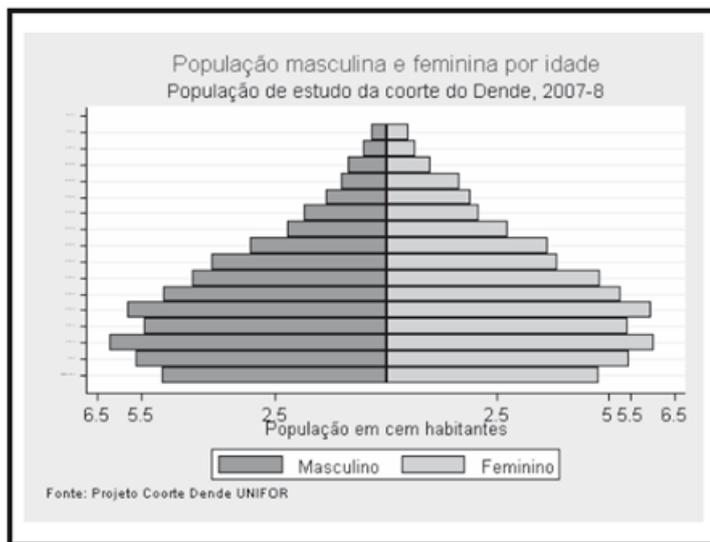


**Fig. 4 – Fortaleza, CE - bairros da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI)**

**ANEXO D**

**Fig. 5 – Fortaleza, CE - Bairros da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV)**

## ANEXO E



**Fig. 6 - Pirâmide populacional da população de estudo do projeto *Coorte Dendê*, Fortaleza, CE, 2007 - 2008.**

FONTE: MOURA; BESSA; NUTO et al. (2010)

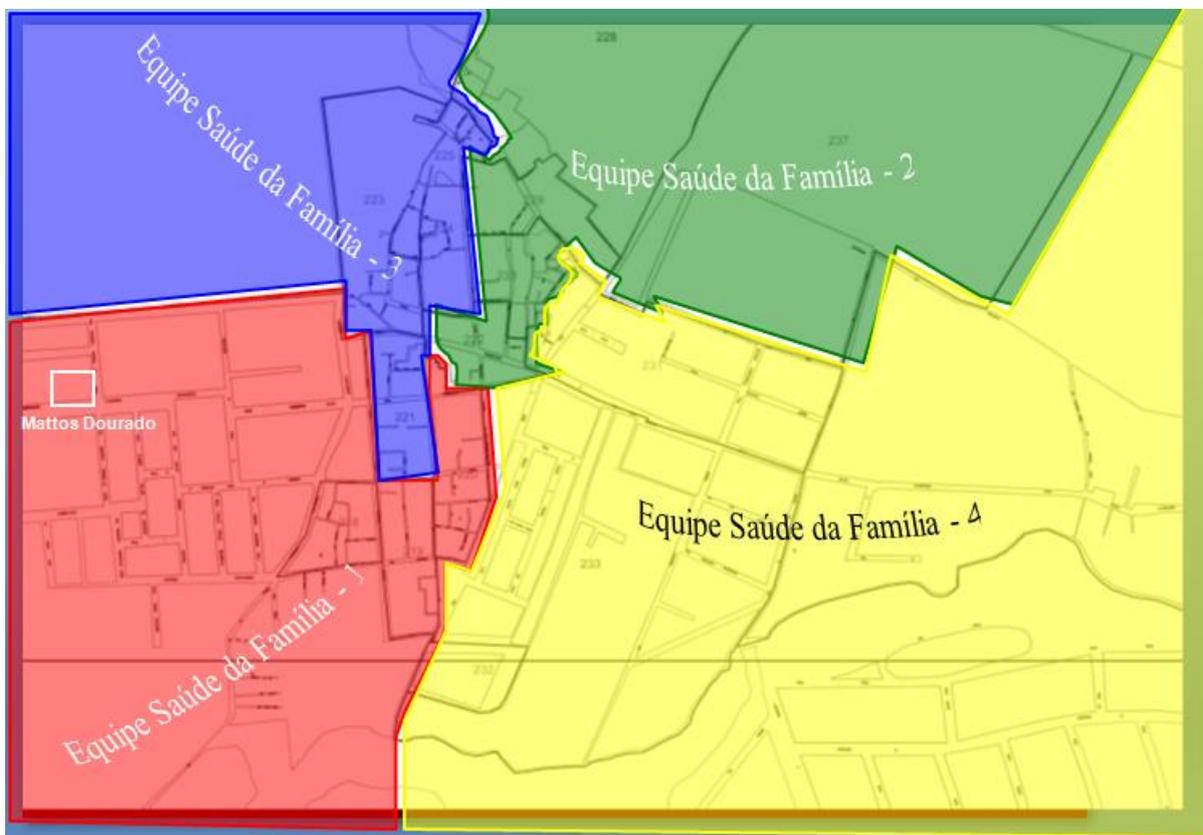
## ANEXO F



**Fig. 7 – Google Earth: imagem aérea da Comunidade do Dendê e cercanias, bairro Edson Queiroz. Fortaleza-CE.**

FONTE: UNIFOR (2012)

## ANEXO G



**Figura 8 – Mapa da divisão das equipes de Saúde da Família do CSF Mattos Dourado na Comunidade do Dendê, Fortaleza-CE.**

FONTE: UNIFOR (2012)

## ANEXO H

| Ano  | Mês | População | Agente Comunitário de Saúde |             |  | Equipe de Saúde da Família |             |  | ES Bucal     |
|------|-----|-----------|-----------------------------|-------------|--|----------------------------|-------------|--|--------------|
|      |     |           | Teto                        | Implantados | Proporção de cobertura populacional estimada | Teto                       | Implantados | Proporção de cobertura populacional estimada | Modalidade I |
|      |     |           |                             |             |  |                            |             |  | Implantadas  |
| 1998 | Jul | 2.014.600 | -                           | -           | -  | -                          | -           | -  | -            |
| 1999 | Jan | 2.014.600 | 0                           | 555         | 15,84  | 0                          | 32          | 5,48   | 0            |
| 2000 | Jan | 2.097.757 | 0                           | 719         | 19,71  | 0                          | 50          | 8,22   | 0            |
| 2001 | Jan | 2.139.372 | 0                           | 811         | 21,80  | 0                          | 96          | 15,48  | 0            |
| 2002 | Jan | 2.183.612 | 0                           | 811         | 21,36  | 0                          | 101         | 15,96  | 0            |
| 2003 | Jan | 2.183.612 | 0                           | 765         | 20,14  | 0                          | 101         | 15,96  | 0            |
| 2004 | Jan | 2.219.837 | 5.550                       | 669         | 17,33  | 925                        | 74          | 11,50  | 0            |
| 2005 | Jan | 2.256.233 | 5.641                       | 811         | 20,67  | 940                        | 95          | 14,53  | 0            |
| 2006 | Jan | 2.256.233 | 5.641                       | 664         | 16,92  | 940                        | 74          | 11,32  | 33           |
| 2007 | Jan | 2.374.944 | 5.937                       | 693         | 16,78  | 990                        | 233         | 33,85  | 197          |
| 2008 | Jan | 2.416.920 | 6.042                       | 700         | 16,65  | 1.007                      | 276         | 39,4   | 212          |
| 2009 | Jan | 2.473.614 | 6.184                       | 875         | 20,34  | 1.031                      | 225         | 31,38  | 160          |
| 2010 | Jan | 2.473.614 | 6.184                       | 1.188       | 27,62  | 1.031                      | 228         | 31,80  | 169          |
| 2011 | Jan | 2.505.552 | 6.264                       | 2.564       | 58,84  | 1.044                      | 261         | 35,94  | 188          |
| 2012 | Jan | 2.452.185 | 6.130                       | 2.530       | 59,32  | 1.022                      | 256         | 36,02  | 219          |
| 2013 | Jan | 2.476.589 | 6.191                       | 2.439       | 56,63  | 1.032                      | 238         | 33,15  | 219          |
| 2014 | Jan | 2.500.194 | 6.250                       | 2.254       | 51,84  | 1.250                      | 273         | 37,67  | 205          |

**Quadro 7 – Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Julho de 1998 a janeiro de 2014. Fortaleza-CE, 2014.**

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.