

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

MARIA JOSÉ CAETANO FERREIRA DAMACENO

ANÁLISE DAS AÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO NO ÂMBITO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

MARÍLIA

2013

Maria José Caetano Ferreira Damaceno

Análise das ações de saúde do idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família  
em município do interior do estado de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa  
de Mestrado Acadêmico em “Saúde e  
Envelhecimento” da Faculdade de  
Medicina de Marília, para obtenção  
do título de Mestre. Área de  
concentração: Saúde e  
Envelhecimento.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mara Quaglio  
Chirelli

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

<p>Damasceno, Maria José Caetano Ferreira Análise das ações de saúde do idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família em município do interior do Estado de São Paulo / Maria José Caetano Ferreira Damasceno. - - Marília; 2013. 103 f.</p> <p>Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.</p> <p>1. Saúde do idoso. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde da família. 4. Descentralização. 5. Atenção primária à saúde.</p>
--

Maria José Caetano Ferreira Damaceno

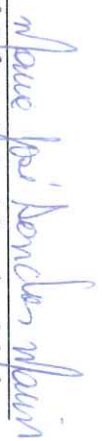
Análise das ações de saúde do idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família em município do interior do estado de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento” da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mara Quaglio Chirelli

Comissão Examinadora:

  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mara Quaglio Chirelli

  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria José Sanches Marin

  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sueli Marques

Data da aprovação: 20/12/2013



Dedico este trabalho inteiramente à Santíssima Trindade e suplico para que Esta ilumine cada responsável em nosso país, independente do nível de atuação profissional, em suas atribuições no desenvolvimento da Política Nacional de Atenção ao Idoso de forma a contemplar esta população na sua integralidade, individualidade e singularidade. Almejo que este estudo possa contribuir neste desenvolvimento.

## AGRADECIMENTOS

Durante o percurso do mestrado fui percebendo que o desenvolvimento desta pesquisa científica seria muito mais que uma aspiração por um projeto individual.

Afinal, muitos fatos e situações ocorreram exacerbando muitas emoções e sentimentos, sejam bons ou ruins, os quais me proporcionaram enquanto ser humano, filha, irmã, esposa, nora, cunhada, amiga, aluna e profissional, refletir acerca da vida, valores como a família, o ser humano enquanto cidadão, e se aqueles que eu amo assim como eu estamos propiciando um envelhecer saudável para o nosso corpo e mente. Meramente este tema emerge distintas inquietações acerca dos diversos âmbitos que sofrem alterações como os contextos familiares, realidades adversas e os papéis sociais dos idosos, estereótipos, e como o Brasil está estabelecido diante deste fenômeno caracterizado pela futura mudança drástica do perfil demográfico e o quão será imperativo a participação ativa de todos os setores sociais para que a sociedade não se consolide inativamente. Compreendi a imperiosidade de se ter em nossas vidas seres como os que acredito terem sido presentes de São Francisco de Assis para eu amar e cuidar, uma vez que mesmo ficando por um curto período em nosso meio nos mostraram o tão valioso amor incondicional.

Desta forma, por todas as pessoas e por todas as situações que favoreceram este crescimento profissional e espiritual deixo meus indelévels agradecimentos.

Primeiramente a Deus, meu pai eterno, que cada dia me faz sentir mais amada. A Nossa Senhora de Fátima, à Virgem Maria e à Santa Terezinha do Menino Jesus, pelas quais por meio de suas intercessões alcancei algo que sonhava realizar. Ao Espírito Santo agradeço incessantemente, pois o invoquei infinitas vezes para me guiar com sabedoria, ciência, entendimento e com fortaleza, a fim de que não seja meramente um trabalho de conclusão do curso da pós-graduação, mas que possa de alguma forma auxiliar nesta trajetória tão difícil que os municípios passam ao implantar a Política Nacional de Atenção ao Idoso.

**Aos meus familiares que viveram comigo todo este trajeto:**

Ao meu esposo, que amo tanto e, que me faz uma mulher imensamente realizada. Sempre... a cada instante ouvindo, ouvindo e ouvindo.... minhas ideias, opiniões, planos e desabafos. Vejo

que estamos a cada dia, desde que nos conhecemos, aprendendo juntos o que é o verdadeiro amor e o companheirismo.

Aos meus pais Josias e Sueli, meus primeiros professores, por fazerem de mim o que sou hoje. Há muito tempo alguns não acreditaram que poderia ser consolidadas as pretensões que vocês tinham por nós filhos. E hoje cada vez mais podemos confirmar que valeu a pena o precioso esforço de vocês. Obrigada por acreditarem e confiarem.

Aos meus irmãos, cada um com suas características tão admiráveis, por me fazerem tão feliz e por sempre estarmos tão próximos uns dos outros. Que continuemos assim em união. Anseio que cada um de vocês alcance seus objetivos, sentindo-se continuamente realizados. Obrigada Josi e Isaías por me perpetrarem sentir o que é ser “Titia”.

Aos meus cunhados, cunhadas e sogra, sempre participantes ativos em minha vida com seus conselhos e momentos prazerosos.

A todos os meus sobrinhos pequeninos e os já jovens, agradeço por me fazerem rir e brincar.

**A todos os envolvidos no Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento” da Faculdade de Medicina de Marília, à querida “FAMEMA” onde um dia me graduei:**

Aos principais responsáveis em buscar, lutar e conseguir instituir este curso na modalidade de *stricto sensu*, em especial aos Prof. Dr. Spencer L. M. Payão, Prof. Dr. Agnaldo Bruno Chies e Prof. Dr. Marcos Renato de Assis. A luta ainda continua, mas a cada ano teremos novas conquistas alcançadas, obrigada por tudo.

Agradeço também aos professores de cada disciplina, aos profissionais e aos alunos dos campos de estágio de docência que me acolheram e me proporcionaram o aumento do meu padrão de conhecimento.

Às professoras Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria José S. Marin e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Silvia Tonhom pelas valiosas contribuições durante a qualificação.

Também relembro com carinho todos os alunos da 1<sup>ª</sup> turma, em especial Andrea Calamita, Ana Carolina Vilarinho, João Neto, Neto Caleman, Ricardo H. Yansasse, Lillian D. dos Santos,

Izabela Roma, Roger de Lábio, Flávio Troncoso. Obrigada por tantos momentos alegres que, certamente, contribuíram para que essa caminhada fosse mais feliz para todos nós.

À Bibliotecária Helena, sempre com muita paciência e prestatividade.

À Secretária do curso Alessandra que sempre atuou com seu carisma marcante.

Aos funcionários da Biblioteca e meus Padrinhos de casamento Carlos e Carmem por toda a atenção e amizade construída desde a minha graduação.

E em especial à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Quaglio Chirelli, pois com seu profissionalismo, sua dedicação sem limites de horas e nos feriados, me ensinou que suas ações são muito mais que o “fazer”, são almejar por projetos que favoreçam mudanças nos contextos sociais.

E por fim agradeço a cada participante da pesquisa, os quais através de suas falas transmitiram tantos sentimentos e informações, proporcionando todo o conteúdo deste trabalho, toda a preocupação com a realidade dos idosos e com os que os cercam. Vocês são atores sociais na história da saúde de Marília-SP.

**Às grandes amizades:**

À minha *amiga-irmã* de coração Fernanda Cenci Queiroz por ser esta profissional crente e realizadora de um ensino com qualidade e principalmente por fazer jus a essa nossa amizade baseada na confiança e união em todas as situações que a vida nos coloca.

À minha *amiga-irmã-mãe* de coração Ana Paula C. Vale sempre presente. Já vivenciamos diversas trajetórias juntas, a graduação, o primeiro emprego. É inquestionável e admirável a sua perseverança em lutar pelo o que quer.

Ao amigo e padrinho dos tempos de Faculdade Anderson Funai, hoje professor na Universidade Federal da Fronteira SUL, com seu otimismo e tenacidade um dia me falou acerca do mestrado de modo mais sereno me estimulando ainda mais a fazê-lo.

Ao amigo Ricardo B. de Castro, obrigada pelos seus conselhos e ideias tão sábias nesta minha trajetória profissional, me auxiliando a confirmar que este é o caminho a perseguir.

Aos amigos que mesmo distantes continuamos unidos e sei que torcem por mim, Caroline Fernandes, Graziela Gemignani, Juliana Yuri. E todos de Itapeva-SP que fizeram parte de uma fase de minha vida, presentes de Deus que me adotaram como filha quando estava longe de minha casa, e que me proporcionaram maior ligação pessoal ao ser madrinha de seus filhos. Agradecimento especial aos amigos Estela, Vanda, Ilda, Rose, Francine e Sérgio, voltem sempre para me visitar.

#### **E por último:**

A todos os meus inesquecíveis pacientes da época da Faculdade e do Trabalho, como também aos meus alunos do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, pois indiretamente me fizeram ter a percepção de qual área do mestrado escolher.

À Nina e à Miusha, seres que me confiaram seu amor e que estiveram presentes por um período desta trajetória me fazendo companhia ao lado do computador e me proporcionando ocasiões de descanso com suas graças e brincadeiras. Estes momentos de descontração e de amor no restante deste percurso sem vocês me fizeram muita falta, na realidade sempre farão, mas prevalecem as boas lembranças. Mostraram-me ainda mais o quanto a vida é preciosa, pois por ela lutaram até o fim.

Gostaria de nomear cada pessoa importante em minha vida, com as quais, muitas vezes, não consigo manter o contato tão próximo que merecem pelo vínculo que temos e por saber o quanto torcem por mim. Sei que compreenderam as minhas ausências e tantos “nãos” que tenho respondido aos convites de encontro. Como disse, não tem como mencionar todos. Saibam que vocês são muito importantes para mim.

“Já que vemos o caminho, corramos juntos.”  
(Santa Teresinha, Obras Completas, Carta  
197)

## RESUMO

As mudanças nas características da sociedade como o envelhecimento em grande escala emergem sérias implicações para as políticas públicas em diversos campos, sendo necessárias alterações e/ou transformações dos serviços de saúde. Salienta-se a importância da democratização e da descentralização presentes em diversos atos normativos após a criação do Sistema Único de Saúde, por permitirem aos municípios maior atuação nas políticas de saúde locais. Desta forma, este estudo tem como objetivo analisar a estrutura, a implementação e o processo de trabalho nas ações de saúde e nos cuidados prestados ao idoso, pelas equipes das Unidades de Saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município de Marília-SP. Foi conduzida uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa. O material analisado foi coletado por meio de roteiro para análise documental e de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos gestores e à equipe multiprofissional de Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) das regiões urbana e rural do município. Na análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo, modalidade temática, sendo identificados os núcleos de sentidos e agrupados em temas. Observa-se que o Programa de Atenção à Pessoa Idosa no município estudado vem enfrentado dificuldades no processo de implementação das ações, como a ausência de práticas específicas no cuidado ao idoso nas unidades de saúde; programas de formação dos profissionais que não contemplam a equipe como um todo, além de focar nas práticas hegemônicas do modelo biomédico; dificuldades na contratação, na gestão e nas ações intersetoriais. Será primordial a gestão atual dar continuidade na implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) por meio da cogestão e predomínio de práticas profissionais baseadas na clínica ampliada.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso. Gestão em saúde. Saúde da família. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

The changes in the characteristics of society as aging emerge on a large scale serious implications for public policy in various fields , necessary changes and / or processing of health services being . Stresses the importance of democratization and decentralization present in several normative acts after the creation of the Unified Health System , for allowing municipalities greater role in local health policies . Thus , this study aims to analyze the structure , implementation and work process in health care and care for the elderly , by teams of health care units within the Family Health Strategy in Marília - SP . A field survey was conducted using a qualitative approach . Data was collected through roadmap for document analysis and semi-structured interviews applied to managers and the multidisciplinary team of Units of the Family Health Strategy ( FHS ) from urban and rural areas of the municipality . In the data analysis content analysis , thematic , core senses and grouped into themes being identified was used . It is observed that the Care Program for the Elderly in the city studied has faced difficulties in the implementation process of the shares, as the absence of specific practices in elderly care in health facilities ; worker training programs that do not address the team as a whole , besides focusing on the hegemonic practices of the biomedical model , difficulties in hiring, in management and intersectoral action . The current management will be essential to continue to implement the National Health Policy for the Elderly (PNSID) through co-management and predominance of professional practices based on extended clinic

**Keywords:** Elderly health. Health management. Family health. Primary health care.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição dos profissionais das Unidades de Estratégia Saúde da Família entrevistados conforme categoria profissional, Marília, 2013 .....	37
Quadro 2 – Temas e núcleos de sentido identificados a partir do material analisado, Marília, 2013 .....	40
Gráfico 1 – Distribuição dos Gestores conforme a idade cronológica, Marília, 2013 .....	42
Gráfico 2 – Distribuição dos Gestores conforme o sexo, Marília, 2013 .....	43
Gráfico 3 – Distribuição dos Gestores conforme a graduação, Marília, 2013 .....	43
Gráfico 4 – Formação dos Gestores conforme a quantidade e tipo de pós-graduação na modalidade <i>lato sensu</i> , Marília, 2013 .....	44
Gráfico 5 – Distribuição dos Gestores com pós-graduação <i>stricto sensu</i> , Marília, 2013 .....	44
Gráfico 6 – Distribuição dos Gestores conforme o tempo de formação profissional, Marília, 2013 .....	45
Gráfico 7 – Distribuição dos Gestores de acordo o tempo no cargo atual, Marília, 2013 .....	45
Gráfico 8 – Distribuição dos Profissionais conforme a idade cronológica, Marília, 2013 .....	46
Gráfico 9 – Distribuição dos Profissionais conforme o sexo, Marília, 2013 .....	46
Gráfico 10 – Distribuição dos Profissionais conforme a formação escolar, Marília, 2013 .....	47
Gráfico 11 – Formação dos Profissionais graduados na área da saúde, conforme a quantidade e tipo de pós-graduação na modalidade <i>lato sensu</i> , Marília, 2013 ..	47
Gráfico 12 – Distribuição dos Profissionais conforme o tempo de formação profissional, Marília, 2013 .....	48
Gráfico 13 – Distribuição dos Profissionais conforme o tempo na Estratégia Saúde da Família, Marília, 2013 .....	48
Gráfico 14 – Distribuição dos Profissionais conforme o tempo na atual unidade de Estratégia Saúde da Família, Marília, 2013 .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAOIM	Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPROM	Centro Profissionalizante de Marília
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETEC	Escola Técnica Estadual
FUMARES	Fundação Municipal de Recuperação Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Atenção da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPEM	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PROIID	Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar

SAE/DST/AIDS	Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	Serviço Social da Indústria
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCAF	Unidade Central de Assistência Farmacêutica
UCEM	Unidade Central de Esterilização de Materiais
UESF	Unidade de Estratégia Saúde da Família
UNIMAR	Universidade de Marília
UPES	Unidade de Prevenção e Educação em Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	18
2 OBJETIVOS .....	34
2.1 Objetivo Geral .....	34
2.2 Objetivos Específicos .....	34
3 MÉTODOS .....	35
3.1 Cenário da pesquisa .....	35
3.2 Sujeitos da pesquisa .....	37
3.3 Coleta de dados .....	38
3.4 Análise dos dados .....	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	41
4.1 Análise dos documentos Municipais .....	41
4.2 Análise das Entrevistas .....	42
4.2.1 Caracterização dos Gestores .....	42
4.2.2 Caracterização dos Profissionais .....	46
4.2.3 O envelhecimento na visão dos gestores e profissionais da Atenção Básica .	49
4.2.3.1 Conhecimento do perfil demográfico da população idosa .....	55
4.2.4 Gestão e Organização do Trabalho para o Cuidado à Pessoa Idosa .....	59
4.2.4.1 A implementação da política de atenção à saúde da pessoa idosa no município .....	59
4.2.4.2 Conhecimento sobre o financiamento do programa do idoso .....	70
4.2.4.3 Dificuldades na realização do cuidado .....	71

<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	83
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	87
<b>APÊNDICES</b> .....	98
<b>ANEXO</b> .....	103

## APRESENTAÇÃO

Independente da idade que temos a palavra envelhecer traz diversos sentimentos e indagações. Por ter formação profissional na área da saúde preocupei-me a realidade brasileira face ao envelhecimento de sua população. Percebo que a Atenção Básica ainda não se encontra consolidada, apesar de ser esta o meio do desenvolvimento do sistema de saúde vigente em nosso país.

A ideia de desenvolver um estudo sobre as organizações de saúde e o envelhecimento surgiu durante minha experiência profissional na área assistencial em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família no Vale do Ribeira, mas foi, sobretudo a área da docência, enquanto responsável pela disciplina de Patologia Geral e Saúde do Adulto e do Idoso numa Faculdade de Enfermagem, que me fizeram constatar como as palavras doença/patologia estão vinculadas ao envelhecimento, na maioria das vezes conceituadas pelos discentes como algo totalmente intrínseco e carregadas de estigmas negativos. Também um propulsor desta iniciativa foi a verificação da insuficiência de publicações acerca da saúde do idoso, bem como estudos em geral na área do envelhecimento, quando comparados a outros temas, apesar da justa relevância do assunto diante da nova realidade que estamos começando a viver.

Desde o período de graduação observo que dentre as diversas áreas a que mais apreço é a da saúde pública. Me intriga como as distintas localidades regionais são semelhantes diante do envelhecimento progressivo da população, percebo um distanciamento entre os setores governamentais e muitas dificuldades nos serviços de saúde, os quais desfavorecem não só a não concretização da Atenção Básica, como também o não desenvolvimento do envelhecimento ativo e saudável dos indivíduos.

O fato de apreender que o nosso país está envelhecendo antes de desenvolver-se em seus vários âmbitos, diferentemente de muitos países europeus, me intriga o futuro em que predominará a população idosa, e o presente em que os serviços de saúde ainda possuem resquícios fortes do modelo biomédico, que valoriza a doença e não a pessoa na sua singularidade e integralidade.

Desta forma, compreender a experiência do município em questão com o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção ao Idoso permitem reflexões a fim de colaborar com a implementação desta política não só para este município, mas para diversas outras localidades, já que Marília é considerada referência regional.

Para auxiliar no alcance dos objetivos a presente pesquisa foi estruturada em cinco capítulos. Na introdução apresentamos alguns temas que proporcionam discussões e reflexões acerca do envelhecimento populacional brasileiro e as organizações políticas acerca do tema.

Apresento o perfil demográfico do país e o de Marília e as suas repercussões na sociedade atual. A seguir destaco a necessidade de mudanças de conceitos acerca do processo de envelhecimento e de formulações e/ou reformulações das políticas públicas, bem como a presença de atos legais relacionados ao idoso como a Portaria nº 399/GM de 2006, a qual divulga o pacto da Saúde e aprova a Política Nacional da Atenção ao Idoso por meio da Portaria nº 2.528 de 2006.

Foram explanadas indagações quanto às dificuldades dos municípios em desenvolver a Atenção Básica de acordo com as suas diretrizes e discussões acerca da necessidade da construção de uma nova organização do processo de trabalho ancorado em princípios da intersectorialidade, interdisciplinaridade, bem como na clínica ampliada e na cogestão entre profissionais e comunidade, bases fundamentais para o desenvolvimento da Atenção Básica tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como instrumento na reorientação do modelo de atenção atual.

Após tais discussões expus o quanto o NASF (Núcleo de Atenção da Saúde da Família) pode contribuir com a ESF (Estratégia Saúde da Família) auxiliando-a a partir da cogestão. Esta discussão favorece elucidações sobre as dimensões do cuidado ao idoso.

Finalizando a introdução apresento as justificativas para a elaboração desta pesquisa e a presença de outros estudos internacionais com o mesmo foco do estudo atual.

No capítulo seguinte apresento o objetivo geral e os específicos. O terceiro capítulo oportuniza o conhecimento dos métodos utilizados para a coleta e para a análise dos dados. O capítulo posterior exibe os resultados e discussões e no quinto, são apresentadas as considerações finais do estudo.

## 1 INTRODUÇÃO

A sociedade continuamente sofre alterações em suas características e concepções. Surgem novos olhares e possibilidades na compreensão de ações, com o intuito de atender suas demandas. A Constituição Federativa de 1988 e posteriormente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, são exemplos de resposta às demandas sociais relacionadas à saúde pública.<sup>1</sup>

Conceitualmente, o processo de envelhecimento populacional é uma mudança na estrutura etária da população que resulta em uma maior proporção de idosos em relação ao conjunto da população. Isso ocorre, principalmente, pela redução da fecundidade da população, que torna os grupos etários mais jovens menos representativos no total da população.<sup>2,3</sup>

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)<sup>3</sup> apresentou dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicando que a população brasileira está passando por um processo rápido de envelhecimento, causado pela redução da taxa de fecundidade, desde meados da década de 1960, e pelo aumento da longevidade dos brasileiros. A taxa de fecundidade sofreu uma redução de 70%, de 6,28 filhos por mulher em 1960, para 1,90 filhos em 2010. A expectativa de vida aumentou em 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010. Pelas informações de 2008 do IBGE, estima-se que em 2050 o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá à cerca de 30% da população do país.<sup>3</sup>

Quanto aos dados do município de Marília-SP no ano de 2013 identificou-se que a população com 60 anos ou mais de idade representa um percentil de 13,65 %, ao lado de 11,55% do restante do estado de São Paulo. As projeções demográficas para 2050 não diferem de outras localidades já que indicam profunda transformação com inversão na figura da pirâmide tradicional, em que a base se tornará mais estreita do que o topo.<sup>4</sup> Esta alteração na pirâmide etária não é apenas um fato a ser notado, uma vez que todas as dimensões da vida humana serão desafiadas.<sup>5</sup>

A partir das mudanças populacionais que tem ocorrido no Brasil, num futuro não muito distante, teremos um aumento significativo da faixa etária acima dos 60 anos, indaga-se: “As políticas públicas e os serviços de saúde municipais estão preparados para tal acontecimento, tendo condições de garantir o acesso e a organização do cuidado com qualidade?”



Na realidade, esta nova característica da sociedade mundial necessitará de intensas modificações no modo de olhar, pensar e viver a velhice, uma vez que com o envelhecimento as pessoas não adquirem somente doenças e limitações, mas também devem ter ganhos como a capacidade de enfrentamento das limitações e o apoio familiar e social.<sup>6</sup>

Percebe-se que, independente do momento histórico, foram e são necessárias alterações ou transformações em diferentes áreas para acompanhar as mudanças sociais, como o envelhecimento populacional, considerado uma nova demanda da sociedade brasileira e um fenômeno em desenvolvimento que exigirá novas formas de abordagem, com reestruturações nas políticas e no processo do cuidado, intuindo o envelhecimento humano saudável. Estas novas abordagens se tornam importantes devido à possibilidade de repercussões negativas em distintos setores caso predomine uma população de idosos inativos e dependentes. Ressalta-se que o Brasil não diferente dos países em desenvolvimento traz como herança uma variedade de questões socioeconômicas e políticas não solucionadas, o que acarretará sérias implicações para as políticas públicas em outros campos, além dos da saúde.<sup>2</sup>

Para corroborar, Santos<sup>7</sup> acrescenta que com o passar dos anos ocorreram entre pesquisadores, legisladores e entre as próprias pessoas modificações e divergências nos conceitos quanto ao envelhecimento, destacando-se cinco. A primeira trata-se de uma conceituação apologeta de que o envelhecer é uma inabilidade para fugir da morte, predominando entre os indivíduos explicações simplistas acerca do tema. A segunda parte de uma definição intuitiva ao considerar o envelhecimento como tudo o que nasce, vive por muitos anos e no final morre. Este autor<sup>7</sup> refere que a terceira conceituação advém da Grécia Antiga, sendo o envelhecimento compreendido como uma doença originada da instabilidade dos quatro humores representados pelo sangue, catarro, bílis amarela e a negra. Já a quarta conceituação é baseada em Claude Bernar e James Fries, estes definem o envelhecimento como um processo natural responsável pelas alterações no funcionamento do organismo humano, conduzidas pela perda da capacidade adaptativa de resposta ao ambiente diante de fatores do estresse e das doenças crônicas. Completando, a quinta conceituação contém parte da teoria evolucionista, no qual o envelhecimento é resultado da entropia que interfere no mecanismo homeostático, assim, uma geração continua a viver na seguinte por meio da herança genética.

Santos<sup>7</sup> ainda adverte que entre estas várias conceituações supracitadas o que se predomina atualmente é que o envelhecimento e a terceira idade não são considerados apenas

como um processo orgânico, mas estão intrinsecamente relacionados à hereditariedade, estado emocional, formas de enfrentamento, condições econômicas e culturais.

O conceito de ser idoso é definido a partir do critério etário, como visto em vários atos legais como a Lei nº 8.842 de 1994, que dispõe a Política Nacional do Idoso, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que discute sobre o Estatuto do Idoso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua o *ser idoso* como toda pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais, em países desenvolvidos. Apesar do idoso ser conceituado apenas pela etariedade, deve-se considerar que esta conceituação envolve mais do que a determinação da idade pelos limites biológicos, pois há outras determinações heterogênicas entre as pessoas no espaço, grupos sociais, raça/cor e tempo. Portanto, devemos levar em conta outros critérios ao conceituarmos uma pessoa idosa, para não se ter o risco de afirmar que pessoas de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneas.<sup>8</sup>

Esta necessidade da sociedade de compreender o envelhecimento nos remete ao conceito de envelhecimento ativo, uma vez que a velhice não deve ser, necessária e tão somente, acompanhada por doenças e incapacidades, mas para que isso não ocorra, é imprescindível que durante os ciclos da vida as pessoas adotem medidas de prevenção. Neste ponto impõe-se a obrigatoriedade das políticas públicas intersetoriais no desenvolvimento de ações que favoreçam a promoção da saúde e do processo de envelhecimento mais saudável e ativo. Ao examinarmos as diretrizes que norteiam as ações da Política Nacional do Idoso, verifica-se que a primeira delas aponta para o favorecimento da qualidade de vida durante a terceira idade, e assim maior preservação da autonomia e funcionalidade, aspectos muito importantes para a continuidade da independência da pessoa idosa.<sup>9-10</sup>

Segundo Moraes (2008)<sup>2</sup> a independência refere-se à capacidade de execução de algo com os próprios meios, seja pela mobilidade ou pela comunicação. Já a autonomia, uma das maiores preocupações dos idosos, é a capacidade que um indivíduo tem de decisão e comando sobre as ações para estabelecer e seguir as próprias regras e está diretamente relacionada à cognição e ao humor (motivação). Desta maneira, este autor<sup>2</sup> define funcionalidade como produto da preservação da cognição, do humor, da mobilidade e da comunicação.

A partir destes conceitos articulados ao processo de envelhecimento e de uma fala proferida por um palestrante durante meu período da graduação a qual tornou-se apropriada para esta discussão nesse momento: “*A velhice se faz desde a juventude*”. Tal dito confirma que o

envelhecimento não é sinônimo de doença, mas sim a compreensão de que a preocupação com a saúde carece ser iniciada desde antes da fase correspondente à velhice, de maneira que os cuidados direcionados à promoção da saúde sejam amparados nas premissas da integralidade. A partir desta contextualização asseveram-se não necessárias serão as políticas fortalecidas para que a velhice não seja um fenômeno marcado por doenças crônicas e por pessoas dependentes, mas que o país possa caracterizar-se por uma sociedade de idosos ativos.<sup>11</sup>

Logo, de acordo com Assis (2004, p. 17):<sup>12</sup>

[...] pouco se poderá comemorar quanto ao aumento da expectativa de vida no país, sintomaticamente em níveis inferiores aos observados em países desenvolvidos, se a lacuna entre o idealizado e o realizado para o envelhecimento no campo social não puder ser minimizada.

A OMS também afirma que políticas públicas favoráveis, não só na área da saúde, deverão ser formuladas ou reformuladas para a prevenção de doenças e promoção de saúde dos idosos, a fim da manutenção da autonomia e da independência destes. Muito já tem sido discutido e feito, a exemplo das políticas previdenciárias e de assistência social, bem como da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), oportunizando maior acesso aos serviços de saúde, considerado uma necessidade de acordo com Cecílio.<sup>13</sup>

Na transição do perfil epidemiológico tem predominado as doenças crônicas, diferentemente do passando quando prevaleciam as doenças infectocontagiosas, e isso gera demandas aos serviços de saúde, bem como, políticas para o setor da saúde. Legalmente, a preocupação com o envelhecimento aparece em vários atos, a começar pela Portaria nº 1.395/GM de 1999, constituindo a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), pautada nas deliberações contidas na Constituição Federal de 1988 e encontrando-se em conformidade com os princípios da Lei nº 8.080/90. Cite-se ainda a Portaria nº 399/GM de 2006, na qual é divulgado o Pacto pela Saúde, aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) através da Portaria nº 2.528 de outubro de 2006.<sup>10,13</sup>

Ao transcorrer implicações relacionadas às transformações demográficas, traçaram-se diretrizes e ações estratégicas da Saúde dos Idosos presentes no Pacto da Saúde da Portaria nº 399/GM de 2006 que passaram a existir a partir de uma necessidade social:

#### A – SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

##### 1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provisão de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

##### 2 - Ações estratégicas:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Programa de Educação Permanente a Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.
- Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

- Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao programa de atenção domiciliar.
- Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.<sup>14</sup>

Mesmo existindo todo um respaldo legal para iniciativas públicas de atendimento às necessidades dos idosos em âmbito nacional, apreendemos, notoriamente, uma distância entre as prerrogativas da assistência ofertada e a real situação, na qual a maior parte dos usuários idosos encontra-se inserida. É perturbador o fato de que mudanças permaneçam ainda inertes, apesar da atualidade dos debates teóricos e das políticas específicas para os idosos.<sup>15</sup>

Independente das causas, o fato é que este distanciamento, entre a esfera municipal e a federal, tem afetado o cuidado direcionado ao envelhecimento ativo, outrossim, se não houver modificações na organização do trabalho pouco se conseguirá reverter ou minimizar no que concerne aos danos causados pelo envelhecimento rápido da população.

Para reversão deste quadro é preciso a participação ativa de todas as esferas do SUS na PNSI, pois após quase dez anos da criação de normas legais que atribuam responsabilidades aos municípios, ainda há dificuldades para que estes desempenhem o seu papel de gestor local, não ficando apenas atribuídas aos níveis estaduais e federais.

Salienta-se a importância da democratização e da descentralização presentes em diversos atos normativos por permitirem que os municípios tenham o poder de avaliar e analisar o perfil local e de diagnosticar as necessidades a partir do território, tendo por finalidade o planejamento e organização de suas políticas de saúde e tomada de decisão. Esta mesma ideia é contemplada no manual do Ministério da Saúde<sup>16</sup>, no qual é mencionado que, nos vinte anos de SUS, os municípios brasileiros assumiram responsabilidades crescentes no âmbito da gestão, tais como organizar estruturas e processos de gestão para contemplar a Atenção à Saúde, bem como efetivar as atribuições regulatórias e de fiscalização sanitária.



Nesse sentido, emergem indagações: como os gestores públicos e serviços de saúde locais incorporaram, a partir de 2006, o conteúdo das portarias para amparar o planejamento de ações de cuidado aos usuários idosos? Se houve incorporação, como ocorreu? Quais e como foram estruturadas as ações e os processos?

Em seu estudo, Mehry<sup>17</sup> descreve que os serviços de saúde devem amparar-se em processos de autogestão direcionados aos usuários, com a participação direta de todos os trabalhadores, preocupados e comprometidos com a produção do cuidado, o que muitas vezes não acontece. Campos<sup>18</sup> afirma que a real alienação dos trabalhadores é, portanto, a separação concreta e cotidiana dos produtores de gestão, dos meios de produção e do resultado com relação ao seu próprio trabalho. Esta é uma situação que retrata a realidade do contexto brasileiro, ou seja, ainda persiste uma atuação movida pelo fazer sem uma compreensão ampliada e integrada.

Ratificando a fala de Mehry<sup>17</sup>, para a construção de um novo processo de trabalho ancorado em mudanças de atitude dos profissionais e na gestão participativa da comunidade é necessário adotar princípios da promoção da saúde que valorizem a Atenção Básica, que por intermédio de conferências definiram princípios para a promoção da saúde como concepção holística da saúde; busca da equidade garantindo o acesso da população aos serviços; intersectorialidade ou convergência de saberes e fazeres no intuito de superar a fragmentação das políticas públicas; participação social visando à autonomia das comunidades, valorização do conhecimento popular e respeito pelo local e a sustentabilidade.<sup>19</sup>

Estes princípios devem nortear as práticas das equipes da ESF, uma vez que esta estratégia é vista como proposta para reorientar o modelo de Atenção à Saúde no Brasil, com base nas responsabilidades entre os serviços de saúde e a população adstrita à equipe da ESF.<sup>20</sup> Os profissionais devem atuar na perspectiva da promoção da saúde a fim de ampliar o conceito de saúde; ater ao compromisso com a equidade; investir no relacionamento entre os próprios profissionais, e estes com a comunidade. Assim a partir da construção de vínculos com a comunidade, seria possível reconhecer as necessidades do território da área de abrangência e realizar enfrentamentos conjuntos das dificuldades, visando à autonomia da população e valorização do saber-fazer local; bem como ter preocupação com a sustentabilidade e estimular a criação de parcerias entre os recursos da região.<sup>19</sup>

A ESF também deve ser apreciada como meio de alcance da promoção do envelhecimento saudável, considerando o pressuposto de que o envelhecimento não é um

processo homogêneo, uma vez que as necessidades e as demandas dos idosos variam. Estas razões justificam o fortalecimento do trabalho ancorados numa visão ampliada em busca do entendimento do indivíduo e de sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, não ficando as práticas do cuidado dos profissionais da saúde centradas na lógica biomédica e hospitalocêntrica. Razão pela qual atuam de forma interdisciplinar e intersetorial a partir de redes, reorientando o modelo da atenção mediada pela ESF, o que implica coordenação com níveis de atenção secundário e terciário, além da expansão e fortalecimento da oferta de Atenção Básica.<sup>21-23</sup>

No que tange ao cuidar em saúde, ressaltamos a possibilidade de trabalharmos com a clínica ampliada e incorporar em nossas práticas profissionais atitudes que valorizem o diálogo entre idosos e os profissionais da saúde. Busca-se mais efetividade na construção do plano de cuidados, na compreensão do paciente em relação ao seu papel ativo na sua vida individual e coletiva, sendo corresponsável no plano de cuidados a partir da compreensão de sua situação de saúde e doença, tendo mais autonomia quanto à saúde, projetos de vida e trabalho, auxiliando-o a conceituar seus problemas, as formas de enfrentá-los e encontrar novos modelos de comportamento, objetivando a qualidade de vida. É inquestionável durante este processo para conseguir captar as necessidades sociais, a criação de vínculo e confiança entre usuário e profissional da saúde, dando ênfase no “escutar” qualificado e no “orientar” a partir de suas necessidades sociais, atentando-se à linguagem adequada, crenças, costumes, e lidar com a interação tanto entre os saberes técnicos quanto com os saberes populares.<sup>13,24-26</sup>

Conquanto, Costa<sup>27</sup> alerta que este novo modelo de atenção gera conflitos em atores sociais, o que pode dificultar bastante a lógica da intersetorialidade. Contudo, haver opiniões distintas é favorável à prática em saúde, desde que sendo trabalhadas pela equipe de saúde a fim de construir um novo modo de agir, pautados nos saberes, na valorização do profissional e da sua cultura, estimulando a sua autonomia e responsabilidade dentro do grupo, discutindo suas opiniões e saberes frente ao novo contexto.<sup>28</sup>

Nesse contexto, a ESF merece ter sua origem apresentada pela sua importância no atual modelo de cuidados à saúde, por ser vista como nova estratégia.<sup>29-31</sup> Seu estabelecimento ocorreu na década de 90, primeiramente em estados nordestinos, após a efetividade do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) atuantes nestes locais.<sup>20,29</sup>

Camacho<sup>32</sup> menciona que uma estrutura interdisciplinar onde atuam distintos profissionais de saúde favorece novos modos de compartilhar os conhecimentos das áreas distintas, evitando-se atitudes individualistas. É ainda, no entanto, desafiador conseguir romper esta ideia calcada na fragmentação do conhecimento, pois a multidisciplinaridade continua presente na realização do cuidado especializado, ou seja, para se constituir um cuidado integral não basta apenas uma atuação no cuidar no mesmo espaço físico das diferentes categorias profissionais, mas compartilhar e articular também seus conhecimentos específicos e atingir assim a interdisciplinaridade tão apreciada na literatura. Esta por sua especificidade atinge uma assistência mais integral, contínua e com isto maior resolatividade das necessidades individuais e coletivas também em domicílio.<sup>33-37</sup>

Atentando-se à importância da interdisciplinaridade no contexto da ESF, foi criado pelo MS os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março do mesmo ano, constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. O intuito principal é apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família, ampliando a abrangência e as finalidades das ações da Atenção Básica para aumentar a resolubilidade, além de reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde.<sup>38</sup>

Atribuem-se também como requisitos o compromisso com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe (NASF), com ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. Para isto ampara-se em diretrizes da Atenção Básica tendo como estratégias fundamentais deste núcleo a construção de uma rede de cuidados buscando a superação da fragmentação existente no sistema, com a corresponsabilidade entre o núcleo e a ESF a partir da cogestão.<sup>38</sup>

A cogestão, considerada importante, entre o NASF e os profissionais da Saúde é essencial no desenvolvimento da nova forma do cuidado como expresso por Cecílio<sup>39</sup> ao entender que o “Paciente” e o “Cuidador” são coautores de uma nova forma de cuidado. Segundo o autor<sup>39</sup> para esta díade o cuidado parte de três dimensões de gestão: a dimensão profissional, a organizacional e a sistêmica.



A “dimensão profissional” relaciona-se à responsabilidade profissional, especialmente no que tange à percepção do indivíduo em suas necessidades. A segunda dimensão, a “dimensão organizacional”, pauta-se na prática organizacional do cuidado, a qual ressalta as novas formas de gestão, marcada, sobretudo pela transição da medicina liberal para a tecnológica, que ocasionou a fragmentação das práticas assistenciais. Marcante notadamente pelo desafio da necessidade de configurar esta prática de forma que os vários atores profissionais entrelacem seus saberes distintos. A organização do cuidado também implica o estabelecer de fluxos dos indivíduos, as contrarreferências, a implementação e operacionalização de normas dos processos de trabalho, bem como apreciar, fazendo parte das rotinas de trabalho o registro dos cuidados, uso das informações para planejamento e tomada de decisões, além de promover espaços para interação entre profissionais e pacientes.<sup>39</sup>

A última dimensão, a “dimensão sistêmica”, numa perspectiva integrativa ampliada de todos os serviços de saúde, não só do setor da saúde, aspira a garantia do acesso dos usuários a todas as tecnologias do cuidado de que estes necessitam, ou seja, a saúde do cidadão vista de forma ampliada, pensada no macro.<sup>39-40</sup>

Cecílio<sup>41</sup> em 2011 traz novo estudo acerca das dimensões da gestão do cuidado, apontando que as necessidades particulares de cada indivíduo durante as fases da vida para se ter autonomia, segurança e bem-estar precisam da disponibilização das tecnologias de saúde. Neste estudo apresenta uma nova classificação mais completa, sendo agora cinco categorias relacionadas às dimensões do cuidado, quais sejam a “individual”, “familiar” e a “societária”. Importante notar que as já classificadas em 2009, a profissional, a organizacional e a sistêmica se localizam após a familiar e antes da societária.

A dimensão individual, parte da abordagem da autonomia da pessoa, da corresponsabilidade, sendo a pessoa um ser ativo em sua saúde; passando pela dimensão familiar, demonstra o quanto as relações sociais são importantes no processo saúde-doença, incluindo nesta a complexidade dos laços familiares no cuidar, principalmente na relação entre cuidador e cuidados, em que, geralmente, há sobrecarga de trabalho e/ou exigem cuidados permanentes.<sup>41</sup>

Esta segunda dimensão, a “familiar”, é de suma validade para o presente estudo, por mais uma vez corroborar a necessidade das pessoas envelhecerem saudáveis, uma vez que as limitações e dependência são, em geral, causas de conflitos familiares necessitando de intervenções sociais, devido à violação de direitos ou da presença de violência. Logo, os

trabalhadores da saúde devem ter ancorada em suas práticas do cuidado esta dimensão, tendo uma participação maior na prevenção destas situações de conflito.

Já a última dimensão, a “societária”, é validada por tratar do fazer das políticas públicas em cada sociedade, particularmente de como cada ator social, independente da esfera pertencente, atua na formulação, implementação e operacionalização de sua prática.<sup>41</sup>

Verificando a preciosidade destas dimensões da gestão do cuidado ao contribuírem com a nova construção de avaliação do cuidado prestado, destacamos a última, por nos proporcionar a reflexão sobre como os distintos atores sociais relacionados à saúde do idoso do município de Marília poderão, nessa pesquisa, desvendar como tem se constituído a operacionalização da Política Nacional do Idoso.

Para conseguir realizar cuidados em saúde sob a lógica da integralidade, da clínica ampliada, sendo o processo de trabalho em saúde visto como uma práxis, não basta somente utilizar expressões rotineiras, ou convocar funcionários para se restabelecer a normalidade de protocolos, diretrizes preestabelecidas, é necessário repensarmos as práticas, pois geralmente estas ocorrem a partir da racionalidade gerencial contemporânea em que se valorizam atuações tecnicistas sem reflexões acerca do fazer, sem compartilhamentos de informações, sem centralização do cuidado aos usuários, e principalmente sem consideração dos saberes prévios, autonomia e valores dos funcionários. As práticas acabam sendo focadas em rotinas, normas, protocolos, em metas a alcançar, sendo historicamente explicadas pelas teorias da administração, como a taylorista, em que predominava o fazer em linhas de produção.<sup>27, 42</sup>

Campos<sup>42</sup> alude que atualmente têm surgido movimentos críticos acerca desta forma de gestão do cuidado em saúde, isto é, formas ampliadas de mediar a tecnologia com o saber e o fazer, conhecidas como práticas sociais e que teriam, ainda, o papel distinto dos administradores, diretores, protocolos e campos de cuidado. No entanto, se guiaríamos por estratégias dialógicas, na cogestão, como o compartilhamento de ideias, buscando o envolvimento das equipes profissionais e usuários, tendo assegurada a autonomia dentro de seus campos de poder.

Seria incoerente não repensarmos os novos modos de agir, quando estão pautados no modelo biomédico, no qual se valorizam os procedimentos e técnicas que interferem no cuidado indiretamente, por proporcionar custos elevados e crescentes pelo uso de recursos tecnológicos centrados em exames, medicamentos, procedimentos, sem uma articulação entre a tecnologia

dura e a leve, sem enfatizar a importância da autonomia dos profissionais e usuários em saúde, pautados numa relação de compartilhamento.<sup>43</sup>

Cecílio<sup>44</sup> contribui ao comentar que para conseguir uma gestão participativa e democrática, sendo considerada como inovadora e alternativa, foram adotadas práticas de gestão colegiada pelos diversos gestores, sejam estes de âmbitos municipais ou estaduais, em serviços de nível primário da Atenção à Saúde como Estratégias Saúde da Família ou em hospitais.

O autor supracitado apresenta o município de Campinas-SP como exemplo, referindo que mesmo atuando com esta estratégia, a composição e o modo de estruturação nos princípios da gestão colegiada divergem entre unidades de serviço, salientando que ocorre também o desinteresse do próprio profissional de saúde em querer ter uma participação ativa, emancipando sua autonomia.<sup>44</sup>

Como mais um motivo para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde, temos a necessidade social, o envelhecimento ativo, e com ele a possibilidade de predominância das doenças crônicas não infecciosas, e que não bastará o cuidado assegurado pelo modelo biomédico gerenciado pela racionalidade técnica, mas precisaremos operar com uma organização do cuidado que seja favorável à cogestão, coparticipação entre a equipe de saúde e usuário, e por meio do vínculo criado com o tempo haja compartilhamento de ideias e estímulos ao usuário em ser ativo em sua saúde.<sup>43</sup>

Desta forma, ao buscar na literatura acerca dos limites e potencialidades dos serviços de saúde diante da importância de uma nova organização do cuidado destacam-se mais os limites, vistos como barreiras para consolidar todos os paradigmas da Reforma Sanitária Brasileira. Vários autores citam como múltiplos desafios a inexistência de uma participação social apropriada; trabalho realizado não sob a lógica de equipe; dificuldades de encaminhamentos para níveis mais complexos de atenção; adequada corresponsabilidade das secretarias estaduais de saúde na reorganização da Atenção Básica, bem como de todos os níveis do governo e inadequação das ofertas de cuidados à população.<sup>29, 45-46</sup>

Ainda neste enfoque, existem traços persistentes do modelo biomédico não só na organização dos serviços de saúde<sup>39</sup>, outrora também existentes na procura por atendimentos por parte da população e na formação dos profissionais, seja na graduação ou posteriormente na educação permanente, dificultando a constituição de profissionais com perfis ajustados *a priori* da sociedade atual e fundamentados nos princípios da Atenção Básica.<sup>28-29, 45-46</sup>

É interessante quando Villela<sup>45</sup>, ao pesquisar os desafios na oferta de Atenção Básica à saúde em um distrito de saúde da cidade de São Paulo, infere que o principal motivo para não acontecer o cuidado com qualidade é a forma como os serviços e sistemas estão organizados. Nota-se, portanto, que dentre as dimensões proferidas por Cecílio<sup>39</sup>, em 2009, a segunda, a “dimensão organizacional”, é a mais complexa de se resolver, marcante, sobretudo pela fragmentação do cuidado, falta de interdisciplinaridade e de integração e, conseqüentemente, de acessibilidade ao sistema.

Todavia, um estudo na literatura acerca de experiência municipal no novo modelo de atenção corrobora com a autora Villela<sup>45</sup>, o que nos faz entender que cabe a cada profissional reavaliar sua atuação, aproximando suas práticas cada vez mais da interdisciplinaridade, integralidade, clínica ampliada e equidade, favorecendo a acessibilidade às redes de cuidado.<sup>47</sup>

Diante destes problemas estabelecemos que a concretização da Atenção Básica poderá acontecer com a resolução destas dificuldades, no entanto, pensar que será possível alcançar a transcendência do cuidado é algo muito ideológico, como destacado por Campos<sup>48</sup>, e nos remete a todo instante às indagações de como sair deste modo insuficiente e incompleto, afirmando que até o momento foram realizados uma meia reforma sanitária, um meio financiamento, a implementação parcial de programa de Atenção Básica, gestão inadequada de pessoas, entre outros.

À parte, literaturas apresentam algumas estratégias tais como apoio matricial, realização de grupos operacionais nos serviços de saúde e uma adequada corresponsabilidade das secretarias estaduais de saúde na reorganização da Atenção Básica, especialmente no que concerne ao financiamento.<sup>45-46, 49-50</sup> Ao nos conduzir a repensar o cuidar é imprescindível discorrer sobre o cuidado do idoso, devido à mudança no perfil demográfico, assim, a iniciativa de aprofundamento neste tema foi impulsionada por Minayo<sup>51</sup>, que entende por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade e acredita que nada pode ser intelectualmente um problema a ser investigado se não tiver sido um problema da vida prática.

Os estudiosos da Teoria da Complexidade apontam que para se cuidar de um idoso, além da prática interdisciplinar,<sup>32</sup> precisa-se ter uma rede de apoio incluindo não só serviços de saúde, mas sua família, amigos e vizinhos. Tal teoria une e busca relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana, integrando diferentes formas de pensar e enfatiza a visualização do ser humano como um sistema dinâmico nas suas estruturas e

complexidades.<sup>52-53</sup> O cuidado sob esta ótica favorece a promoção do envelhecimento saudável, envolvendo a qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde, de modo que sejam contemplados elementos no processo de cuidar de origem biológica, psicológica, cultural, espiritual sociocultural, bem como formas de enfrentamento, satisfação, continuidade de papéis familiares, competência social, e não só o controle de morbidade e mortalidade que, normalmente, são o foco na atuação das práticas profissionais.<sup>54-55</sup>

Por consequência, torna-se oportuna uma pesquisa social em saúde, que conforme Minayo<sup>55</sup>, envolve investigações que tratam de fenômenos saúde/doença e de sua representação pelos vários atores que atuam neste campo: as instituições políticas e de serviços, os profissionais e os usuários. Logo, de suma importância por investigar o fenômeno do envelhecimento no município de Marília, analisar os projetos de assistência, tentando a aproximação da realidade, por meio de dados, pensamentos, ações e do conhecimento da interrelação de todos os envolvidos na atenção ao cuidado ao idoso com o intuito de contribuir na construção de conhecimentos indispensáveis na tomada de decisões ampliando a resolubilidade das demandas e necessidades de saúde desta população.<sup>56</sup>

Compreendemos que quanto maior a oferta de serviços domiciliares preventivos ou internações domiciliares, menor será a procura, em estágio avançado, da rede hospitalar em primeiro instante, o que repercutirá na qualidade de vida dos idosos, bem como na diminuição de custos.<sup>57-58</sup> Comprova-se a importância da Atenção Básica, porém, não bastam somente as iniciativas dos serviços de saúde se não houver recursos humanos e técnicos competentes que assistam a esta população. Os mesmos devem ser possuidores de conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de elaborar e operacionalizar ações específicas às necessidades das pessoas idosas de forma integrada a todos os serviços disponíveis na rede da saúde.<sup>59</sup> Para isto é imperativo que se incluam de forma menos sucinta conteúdos de gerontologia nas Instituições de Ensino do setor da saúde.<sup>60</sup>

Constata-se que há poucos estudos qualitativos nacionais sobre o cuidado e a internação domiciliar de idosos<sup>60-61</sup>, sendo o serviço de internação domiciliar geralmente necessário às pessoas idosas ou adultos mais velhos acometidos por sequelas de doenças crônicas não infecciosas. Há lacunas a respeito de fatores associados a este tipo de atendimento, bem como as naturezas de acesso à assistência e participação dos profissionais da saúde.<sup>57</sup>

O maior acesso aos cuidados oferecidos pela Estratégia Saúde da Família pode ser explicado quando comparado à Unidade Básica de Saúde por utilizarem ferramentas de trabalho diferentes como visitas domiciliares, alcançando aqueles com alguma dificuldade funcional para se locomover até o serviço.<sup>57, 62</sup>

Os estudos de avaliação de serviços de saúde estão aumentando no país, por ser fundamental para fortalecer a Atenção Básica, e um dos desafios atuais é apontar os impactos de programas.<sup>45, 57, 63-65</sup>

Também foi um propulsor desta iniciativa a constatação da insuficiência de publicações acerca da saúde do idoso e estudos em geral na área do envelhecimento, quando comparados a outros temas. Apesar da justa relevância do assunto diante da nova realidade que estamos vivenciando, este tema, um fato social, é considerado relativamente recente no país e tem várias implicações sérias.<sup>63,66</sup> Nessa perspectiva do planejamento de necessidades, a abordagem do envelhecimento merece destaque, ponderando que esse é um dos problemas que carece atenção das demandas instituídas. No momento o envelhecimento e a longevidade humana são focos de atenção da sociedade mundial, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil.<sup>67</sup>

Por conseguinte, este estudo é contundente por proporcionar uma análise de como os serviços de saúde estão tentando consolidar a Atenção Básica, diante deste progressivo quadro de envelhecimento da população e da Política Nacional do Idoso, tendo como pressuposto as dificuldades para a implementação do programa de Atenção à Pessoa Idosa no município de Marília.

Questiona-se: há uma estrutura organizacional, como vislumbrada por Cecilio<sup>44</sup>, para atender esta população no contexto atual e em condições futuras? Como foram captadas as necessidades para o estabelecimento de ações para o cuidado ao idoso? Há um planejamento de estratégias em consonância com as Políticas de Atenção à Pessoa Idosa?

Acrescenta-se que ao realizarmos este estudo será possível auxiliar na lógica da descentralização, em que o gestor do sistema de saúde é o executivo do município. Na atualidade, apesar de todos os avanços científicos, tecnológicos e o desenvolvimento nos vários âmbitos do SUS, está explícita a carência de um novo olhar e da prática profissional na questão do cuidado em saúde desde a formação acadêmica. Assim, justifica-se a importância deste trabalho como uma possibilidade de reflexão com os profissionais que cuidam de “pessoas”, pois estas não são meramente pacientes e sim seres dotados de necessidades vistas na perspectiva da integralidade.

O envelhecimento progressivo da população e a forma como os serviços de saúde estão organizados diante desta demanda não são somente preocupações do nosso país, há também estudos nos vários continentes relacionados ao tema os quais enfatizam a importância dos cuidados pautados na integralidade do ser idoso a partir da Atenção Básica.<sup>68</sup>

Como por exemplo, no Canadá já se desenvolvem sistemas integrados decorrentes das preocupações com as políticas de saúde relacionadas à população idosa devido ao impacto que o envelhecimento representa nos custos financeiros como também em outros setores.<sup>69</sup>

Da mesma forma a Inglaterra, diante da preocupação internacional devido à predominância de oferta de serviços de saúde e assistência social com características fragmentadas para as pessoas idosas e adultas vulneráveis, realizou recentemente um estudo para analisar a implementação de duas políticas de saúde. Os objetivos propostos foram descrever as semelhanças e diferenças entre as duas políticas, as características dos serviços, os indicadores de integração entre elas e a diferenciação entre as dimensões dos cuidados ofertados. Observou-se que há limitações na integração das políticas e no cuidado diferenciado à população alvo.<sup>70</sup>

Com a evidência do crescimento da população idosa da Escandinávia, realizou-se um estudo que objetivou explorar as percepções e pontos de vista dos gestores de nível superior e políticos da Suécia, Finlândia, Dinamarca e Noruega em relação aos cuidados aos idosos num futuro próximo, o qual identificou, principalmente, a necessidade de uma reorganização do processo de trabalho diante das limitações dos recursos e da necessidade de um atendimento que concentre essencialmente as necessidades individuais e a dignidade das pessoas idosas.<sup>71</sup>

Estudo na Coreia do Sul também comprova a necessidade de reformas das políticas de saúde, por não haver um acesso universal com equidade a todos os idosos, em consequência do modelo de seguros existentes.<sup>72</sup>

Na China com a mesma conjuntura do envelhecimento em grande escala, há alguns anos realizou-se um estudo com o intuito de avaliar a reforma do setor da saúde ocorrida em 2000 que priorizava a Atenção Básica, levando-se em consideração o alcance de princípios como: acesso, integralidade e longitudinalidade do cuidado. Os resultados da pesquisa demonstram que o setor da saúde ainda encontra limites e barreiras estruturais em relação ao acesso financeiro dos idosos aos recursos e que a capacidade de prestação de serviços primários são insuficientes.<sup>73</sup>

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar as ações da Saúde do Idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município de Marília-SP a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar como o município estruturou e implementou as ações da Saúde do Idoso a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Analisar o processo de trabalho das equipes das Unidades da Estratégia Saúde da Família acerca do cuidado prestado às necessidades de saúde dos idosos, de acordo com Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.



### 3 MÉTODOS

Foi conduzida uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório, a qual segundo Minayo<sup>51</sup> e Deslandes<sup>74</sup> permite obter informações e conhecimentos sobre o objeto de pesquisa, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, crenças e atitudes, a qual parte de uma realidade social.

Ao mesmo tempo caracteriza-se como uma pesquisa compreensiva, por objetivar não só quantificar e explicar, mas também compreender o universo supracitado. Este tipo de pesquisa baseia-se em princípios da filosofia alemã, ao considerar teoricamente, as ações do indivíduo na construção da realidade.<sup>75</sup>

#### 3.1 Cenário da pesquisa

O cenário para coleta de dados foram as Instalações da Secretaria Municipal de Marília e as unidades de serviços da Estratégia Saúde da Família do município de Marília – SP/Brasil, que está em expansão desse modelo de atenção há mais de uma década. Atualmente, possui um total de trinta e uma UESFs implantadas não só na zona urbana, como também em diversos subdistritos.<sup>76</sup>

Trata-se de um município de referência regional em Saúde, com muitas clínicas, empresas de diagnósticos e lojas de produtos hospitalares. O setor municipal além das trinta e uma UESFs possui doze Unidades Básicas (UBS), uma Policlínica e dois Prontos Atendimentos (PA). Ainda conta com serviços diferenciados como um Centro de Atenção Psicossocial o (CAPS), um Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (CAOIM), uma Clínica de Fisioterapia, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Clínica de Fonoaudiologia, um Banco de Leite Humano, uma Equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIMD), um Serviço de Atendimento Especializado – SAE/DST/AIDS, uma Unidade de Prevenção e Educação em Saúde – UPES, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Núcleo de Educação Permanente (NEPEM), uma Unidade Central de Assistência Farmacéutica (UCAF), uma Farmácia de Manipulação (Fito-Saúde); uma Farmácia Popular do Brasil; uma Unidade Central de Esterilização de Materiais (UCEM), um Serviço de Atendimento Móvel de

Urgência (SAMU) – 192, uma Central de Transporte Social,<sup>77</sup> além do atendimento do Programa Municipal de Ações Antitabágicas.

Considerado como centro de referência regional para atendimento clínico/cirúrgico hospitalar de média e alta complexidade, integram os hospitais sob a gestão do próprio município a Santa Casa de Misericórdia de Marília, Maternidade Gota de Leite, Hospital Espírita de Marília, Hospital Universitário da UNIMAR, antigo Hospital São Francisco, agora nominado Hospital das Clínicas Unidade III e o Hospital das Clínicas Unidades I e II que estão sob gestão do Estado. A rede hospitalar computa um total geral de 1.137 leitos sendo 850 do SUS.<sup>77</sup>

O município possui uma rede integrada de assistência social, com várias entidades filantrópicas e religiosas. O sistema municipal de Assistência Social conta com o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), três unidades do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), nove Casas do Pequeno Cidadão, o Centro-Dia, e Fundação Municipal de Recuperação Social (Fumares)/Centro de Referência do Migrante. O município gerencia também programas estaduais e federais como o Bolsa Família, Renda Cidadã, Ação Jovem e Viva Leite.<sup>77</sup>

Na área da educação possui uma privilegiada estrutura de ensino, com sistemas de educação desde a básica até a superior e pós-graduação, com quatro faculdades e três universidades, sendo duas públicas e uma particular, no total são mais de quarenta cursos superiores. Também possui diversos cursos profissionalizantes, como o Centro Profissionalizante de Marília (CEPROM), Escola Técnica Estadual (ETEC), Antonio Devisate, Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e Serviço Social da Indústria (SESI), entre outros.<sup>77</sup>

O município situado a oeste do estado de São Paulo possui uma área total de 1.194 km<sup>2</sup>; sendo 42 km<sup>2</sup> de área urbana e 1.152 km<sup>2</sup> de área rural. Marília tem uma economia forte, com destaques na Indústria de exportação, comércio e prestação de serviços, conhecida como Capital Nacional do Alimento. O setor agropecuário também merece destaque na economia nacional.<sup>77</sup>

Quanto a dados do município de Marília-SP, identificou-se que há 216.745 pessoas, sendo que a população de 60 anos ou mais se apresenta num percentil de 13,65 % ao lado de 11,55% do estado de São Paulo.<sup>77-78</sup>

### 3.2 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram compostos por profissionais das equipes locais das unidades das ESF e os gestores da Atenção Básica.

Selecionamos os profissionais das unidades de saúde a partir de um universo de trinta e uma UESFs. Ao pretender delimitar os participantes entrevistados, a dimensão e a delimitação do espaço, buscou-se a amostra qualitativa por região, urbana e rural; envolvendo o conjunto de profissionais, uma vez que a preocupação está no aprofundamento, na abrangência e na diversidade do processo de compreensão do objeto de estudo.<sup>79</sup>

Para a seleção da amostra utilizou-se os seguintes critérios: sorteio aleatório abrangendo uma Unidade de Estratégia Saúde da Família (UESF) de cada uma das quatro regiões urbanas e uma rural, totalizando cinco UESFs. Os sujeitos incluídos na pesquisa foram profissionais das categorias que compõem a equipe de forma que representassem essa composição.

A equipe da Unidade da Estratégia Saúde da Família é composta no mínimo por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e quando ampliada pode contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.<sup>80</sup>

Encontramos em nossa pesquisa uma equipe ampliada como o auxiliar de consultório dentário, o dentista, o auxiliar de limpeza e de escrita e três auxiliares de enfermagem.

**Quadro 1** - Distribuição dos profissionais das Unidades de Estratégia Saúde da Família entrevistados conforme categoria profissional, Marília, 2013

PROFISSIONAL	TOTAL	%
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	05	23,8
Auxiliar de saúde bucal (ASB)	02	9,5
Auxiliar de serviços gerais (ASG)	04	19
Auxiliar de enfermagem (AE)	04	19
Auxiliar administrativo (AD)	01	4,8
Dentista (DE)	01	4,8
Enfermeiro (ENF)	02	9,5
Médico (ME)	02	9,5
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fonte: Entrevistas dos participantes.

Realizamos contatos anteriormente com cada unidade da ESF para estabelecer quais categorias profissionais seriam entrevistadas, no entanto, ao chegar ao campo de pesquisa ocorreram imprevistos na escala de trabalho tais como férias, saída antecipada do horário previsto e sobrecarga do processo de trabalho dos profissionais, o que não oportunizou a participação e composição dos entrevistados de acordo com o número proporcional das categorias profissionais existentes em cada unidade de serviço.

Ao realizar a transcrição e a leitura das entrevistas aplicou-se o critério de saturação das falas para a inclusão dos sujeitos na amostra, chegando a uma saturação com vinte e um profissionais, na penúltima e última UESF.

A saturação é um método para fechar a amostra ao perceber redundâncias, repetições nas falas dos sujeitos entrevistados, suspendendo a inclusão de novos participantes, pois suas falas pouco contribuiriam de forma significativa para a análise.<sup>81-83</sup>

Os gestores entrevistados foram: um coordenador da atenção à saúde do idoso, três coordenadores da Estratégia Saúde da Família e o secretário municipal da saúde. Desta forma, a amostra final da pesquisa contou com vinte e seis participantes.

### 3.3 Coleta de dados

A coleta de dados com os gestores e os profissionais locais das UESFs ocorreu por meio de entrevista semiestruturada (Apêndices A e B), escolhida por diferir do questionário no feito de não limitar-se a questões fechadas, bem como por valorizar a compreensão do ponto de vista dos atores sociais vistos como sujeitos do estudo.

Os gestores foram entrevistados nas instalações da Secretaria Municipal da Saúde e os profissionais locais em suas respectivas Unidades da ESF durante o horário de funcionamento. A abordagem foi por meio da técnica de gravação, estas tiveram durações distintas de 10 a 40 minutos no período de outubro a janeiro de 2013.

O material para análise documental,<sup>79,83</sup> foi coletado do Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>77</sup> e do Relatório de Gestão Anual (2011).<sup>84</sup> por não existir um plano municipal específico para a atenção ao idoso

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília da cidade de Marília-SP, respeitando a Resolução 196/1996, com o número

do protocolo 651/12 (Anexo A). Fornecido a cada sujeito da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) em que constaram a garantia da livre adesão à pesquisa, sigilo quanto às informações prestadas, direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos, forma como se dava a participação dos sujeitos, nome do pesquisador responsável e sua ausência, esclarecendo que podiam retirar-se da pesquisa sem nenhum malefício. Obtido o consentimento, solicitou-se também a autorização para que as atividades pudessem ter o registro em áudio por meio de gravador, com posterior transcrição, para permitir fidedignidade do material coletado.

### 3.4 Análises dos dados

A análise documental sobreveio da aplicação do roteiro (Apêndice C) no Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>77</sup> e no Relatório de Gestão Annual (2011)<sup>84</sup>, para identificar e sistematizar as informações confrontando-as com os dados das entrevistas.

O material das entrevistas foi processado pela Análise de Conteúdo, modalidade temática, que parte de uma leitura de primeiro plano das falas, documentos, para atingir um nível mais profundo, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, bem como articular estes enunciados abordados com os fatores que determinam suas características, sejam elas, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem.<sup>67, 85</sup>

Entre as várias modalidades de análise de conteúdo, a escolhida para esta investigação é a análise temática, considerada a mais apropriada para pesquisas em saúde. A análise temática compõe-se de três etapas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Cada etapa é subdividida, a segunda, por exemplo, possui um momento em que para compreender melhor as informações nela identificadas, é preciso codificá-las em categorias, que são expressões ou palavras significativas ao conteúdo.<sup>86</sup> Posteriormente, identificou-se os núcleos de sentido, sendo agrupados em temas significativos. Numa última etapa, a da interpretação, buscamos desvendar o conteúdo dos temas, o que permitiu ampliar a compreensão dos conteúdos a respeito dos processos de gestão da saúde dos idosos no município de Marília.

Para iniciar a análise caracterizamos os sujeitos da pesquisa em relação aos dados pessoais, à formação escolar e à atuação profissional.

Na apresentação dos dados das entrevistas as falas dos sujeitos foram representadas pelas letras iniciais da categoria profissional e o número da unidade correspondente dos sujeitos (ACS-1, AE-1, ME-1, ENF-1...), conforme apresentado no quadro 1. Os gestores não foram identificados por seus cargos considerando que alguns poderiam ser reconhecidos sendo, então, caracterizados por G-1, G-2, ...G-5.

Ao analisarmos as entrevistas transcritas e percorreremos os passos desta modalidade identificamos os temas e seus núcleos de sentido conforme o quadro a seguir:

**Quadro 2** - Temas e núcleos de sentido identificados a partir do material analisado, Marília, 2013

TEMAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
<p><b>Tema 1 – O Envelhecimento na Visão dos Gestores e Profissionais da Atenção Básica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- envelhecimento relacionado com aspectos biológico, ambiental, cronológico, legal e financeiro.</li> <li>- envelhecimento relacionado com autonomia e independência no desgaste natural do corpo humano.</li> <li>- conhecimento do perfil demográfico da população idosa do município</li> </ul>
<p><b>Tema 2 – Gestão e Organização do Trabalho para o Cuidado à Pessoa Idosa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a implementação da política de atenção à saúde da pessoa idosa no município.</li> <li>- conhecimentos sobre o financiamento do programa do idoso.</li> <li>- dificuldades na realização do cuidado: falta de ações específicas; ações de cuidados aos idosos restritas/dificuldade de acesso; despreparo na formação dos profissionais, contratação; gestão; ações intersetoriais, incentivo às ações de urgência/emergência e dificuldades de realização de ações na área de prevenção.</li> </ul>

Fonte: Entrevistas dos participantes.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Análise dos documentos Municipais

Ao buscarmos os documentos municipais relacionados ao idoso, verificamos que não há um Plano Municipal de atenção a esta população. Assim realizamos a análise documental através do Plano Municipal (2010-2013)<sup>77</sup> e do relatório de gestão anual - 2011.<sup>84</sup> Estes documentos não abordaram a maioria das questões presentes no roteiro para análise documental.

No primeiro documento citado encontramos como meta “Implementar o Programa Saúde do Idoso”, enquanto que no relatório anual de 2011 identificamos como objetivo a “Implantação da Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa”, tendo como diretriz a “Efetivação da PNSI” e programação de três ações, “apresentação da PNSI a 80% da equipe técnica da SMS e a 50% das equipes da rede básica e por último capacitar 60% de médicos das áreas clínica médica e generalista da rede de Atenção Básica em diagnóstico e tratamento da osteoporose”. Em avaliação destas ações neste relatório, a última não foi alcançada e foi relatado que a partir de 2012 continuaria a prosseguir com ações pertinentes e contínuas.

Todavia, sobressai constatação de que apesar das duas primeiras ações terem sido vistas como alcançadas, consideramos que as três ações são insuficientes frente à efetivação do programa, uma vez que as ações além de possuírem característica apresentativa, estas não abrangeram todas as equipes assim como todas as categorias profissionais envolvidas no processo de cuidado ao idoso. De acordo com a Portaria nº 399/GM de 2006 há necessidade de um planejamento de ações que abarquem as diretrizes da política que organiza a prática do cuidado na lógica do envelhecimento ativo e saudável, a implantação de um acolhimento respeitando o critério de risco, a formação e educação permanentes dos profissionais na área da saúde do idoso, a atenção domiciliar e atenção diferenciada na internação, bem como a assistência farmacêutica.<sup>14</sup>

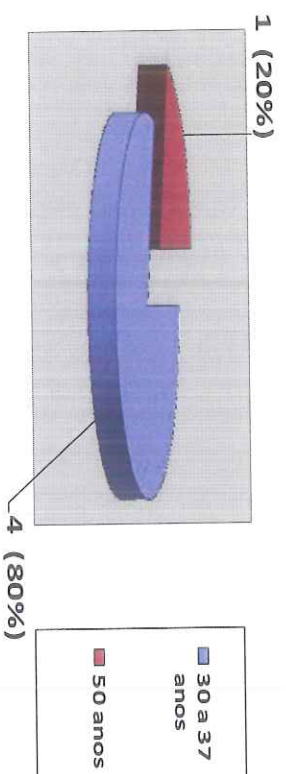
Não obstante, ressaltamos que aparece no Plano Municipal (2010-2013) a meta de conformação de uma rede de atenção à saúde para estimular as ações intersetoriais, estabelecendo o acolhimento com qualificação de risco por cores, não especificando o usuário idoso.

## 4.2 Análise das entrevistas

### 4.2.1 Caracterização dos Gestores

#### Dados pessoais

Gráfico 1 – Distribuição dos Gestores conforme a idade, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Gestores.



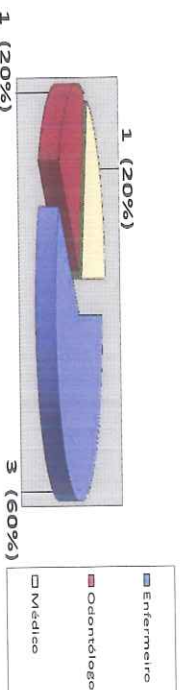
Gráfico 2 – Distribuição dos Gestores conforme o sexo, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Gestores.

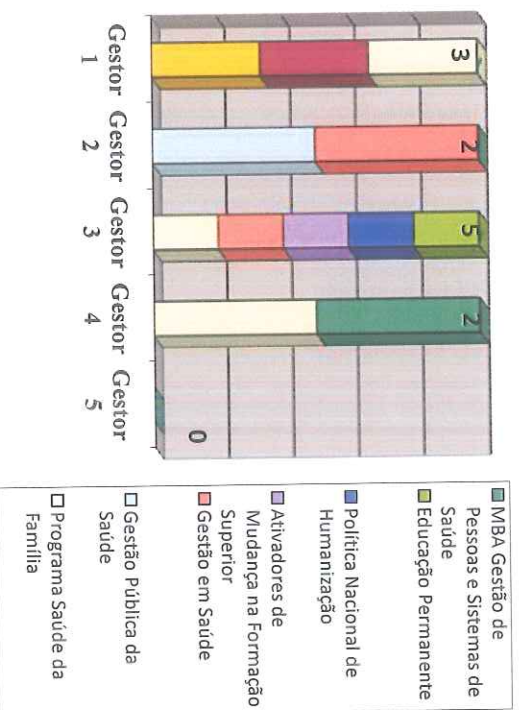
### Dados de formação escolar

Gráfico 3 – Distribuição dos Gestores conforme a área de formação, Marília, 2013.



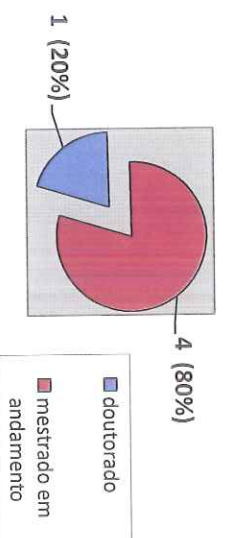
Fonte: Entrevistas dos Gestores.

Gráfico 4 – Formação dos Gestores conforme a quantidade e tipo de pós-graduação na modalidade *lato sensu*, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Gestores.

Gráfico 5 – Distribuição dos Gestores com pós-graduação *stricto sensu*, Marília, 2013.

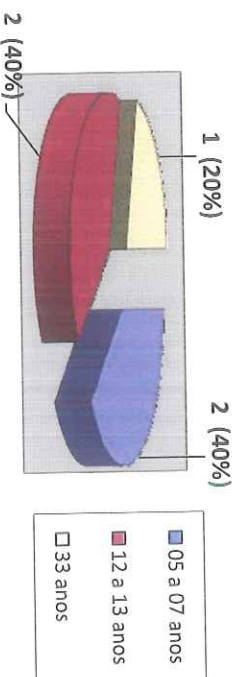


Fonte: Entrevistas dos Gestores.

Em relação ao curso de mestrado, 03 (75%) participantes estão realizando na área de Saúde Coletiva e Educação em Saúde, exceto um entrevistado que não especificou a área.

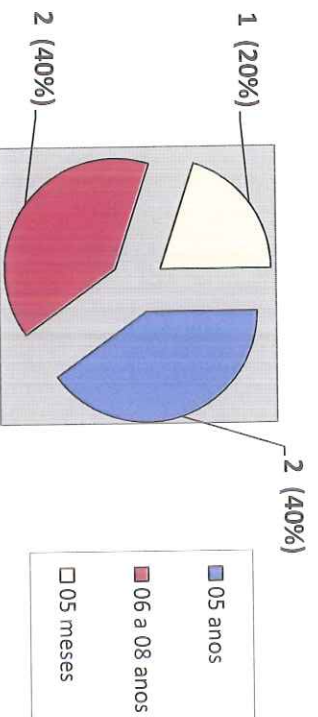
### Dados de atuação profissional

Gráfico 6 – Distribuição dos Gestores conforme o tempo de formação profissional, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Gestores.

Gráfico 7 - Distribuição dos Gestores de acordo o tempo no cargo atual, Marília, 2013.

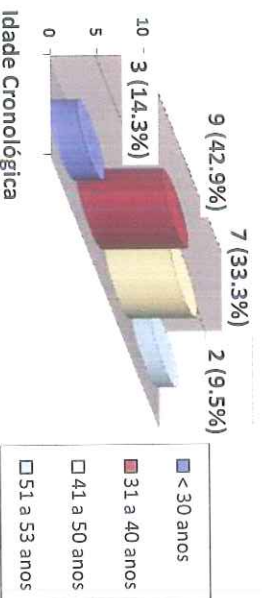


Fonte: Entrevistas dos Gestores.

#### 4.2.2 Caracterização dos Profissionais

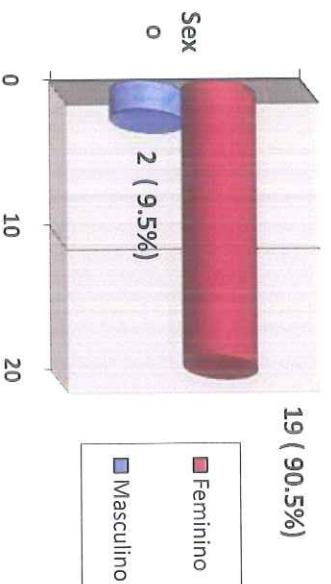
##### Dados pessoais

Gráfico 8 – Distribuição dos Profissionais conforme a idade, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Profissionais.

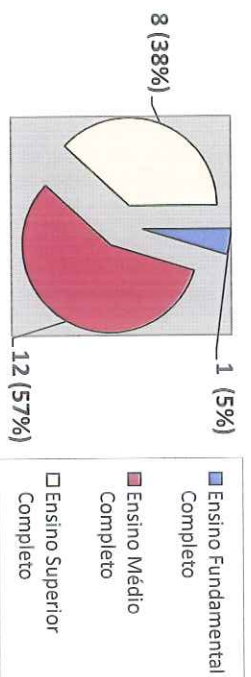
Gráfico 9 – Distribuição dos Profissionais conforme o sexo, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Profissionais.

### Dados de formação escolar

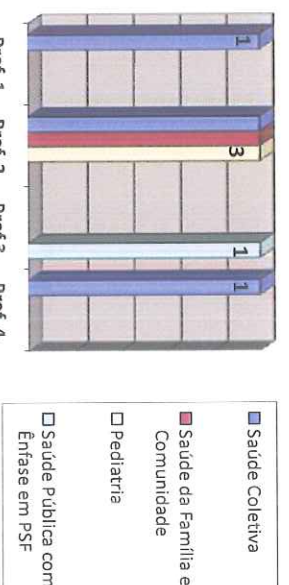
Gráfico 10 – Distribuição dos Profissionais conforme a escolaridade, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Profissionais.

Do total de profissionais com ensino superior, 05 (62.5%) são graduados na área da saúde e 03 (37.5%) são formados em administração e pedagogia.

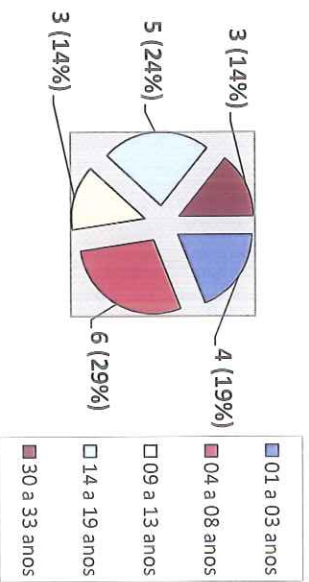
Gráfico 11 – Distribuição dos Profissionais graduados na área da saúde, conforme a quantidade e tipo de pós-graduação na modalidade *lato sensu*, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Profissionais.

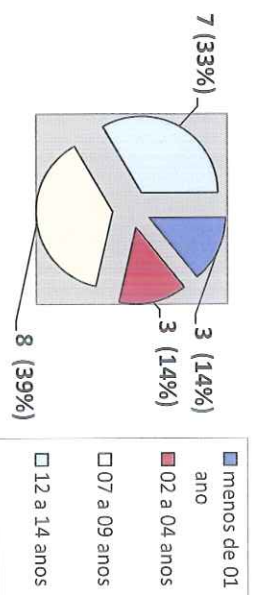
### Dados de atuação profissional

Gráfico 12 – Distribuição dos Profissionais conforme o tempo de formação profissional, Marília, 2013.



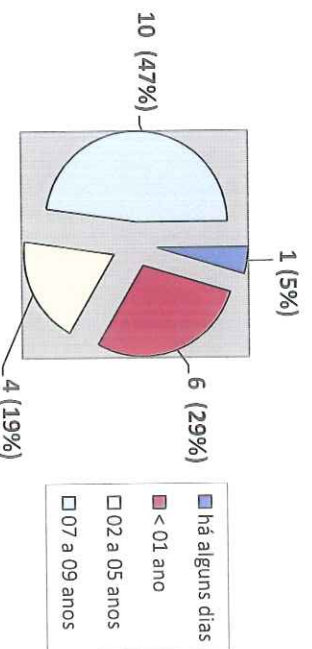
Fonte: Entrevistas dos Profissionais.

Gráfico 13 – Distribuição dos Profissionais conforme o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Profissionais.

Gráfico 14 – Distribuição dos Profissionais conforme o tempo na atual unidade de Estratégia Saúde da Família, Marília, 2013.



Fonte: Entrevistas dos Profissionais.

#### 4.2.3 O envelhecimento na visão dos gestores e profissionais da Atenção Básica

O envelhecimento foi relacionado com aspectos biológico, ambiental, cronológico, legal e financeiro.

O fragmento selecionado, a seguir, demonstra a percepção do aspecto biológico e aponta questões tais como “alterações no andar” como próprias do envelhecimento: “[...] idoso é uma fase da vida humana em que passa a ter algumas questões da própria biologia afetadas [...] o andar já não é o mesmo, é mais lento [...]” (G-2).

Outro aspecto a ser considerado é o ambiental, uma vez que as realidades adversas vividas podem afetar de modo diverso, o processo do envelhecimento, conforme a fala: “[...] diferenciar uma pessoa que tem mais de 60 anos e uma de 65, por questão de fenótipo, um idoso tem algumas diferenças do tipo de comportamento e de vida [...] que vive no campo, sol, trabalho mais árduo, mais cansativo, desgaste muito maior do que uma pessoa que vive num ambiente como o nosso, dentro do hospital, numa cadeira de escritório [...]” (G-5)

Estas diferenças, identificadas também por Fernandes et al.<sup>87</sup>, ocorrem devido ao fato do processo de envelhecimento humano adquirir características próprias em cada pessoa idosa,



interferindo na aparência, podendo ocasionar um julgamento errôneo das características entre pessoas de idades distintas.

O Ministério da Saúde<sup>88</sup> corroborando com as exposições anteriores ainda acrescenta que o envelhecimento não é homogêneo para todos os seres humanos não só pelas influências relacionadas às condições sociais e econômicas, mas pelas procedentes de ações de discriminação e exclusão associadas ao gênero, à etnia e ao racismo.

A respeito da concepção do processo de envelhecer correlacionada com o aspecto cronológico verificam-se nos discursos que partem da idade estabelecida pela Organização Mundial da Saúde e da própria Política Nacional do Idoso que classificam idosos dos países em desenvolvimento os acima de 60 anos: *“Idoso é assim todo mundo fala que é a partir dos 60 [...] , acredito que 60 anos a pessoa não é idosa, [...] é a partir dos 70 para frente e olhe lá.”* (ACS-1). Gonzáles<sup>9</sup> confirma o identificado no discurso que considera que o processo de envelhecimento começa não necessariamente aos 60 anos, idade cronológica estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento, mas que o envelhecer advém de acúmulos e interações de componentes sociais, comportamentais e biológicos durante todas as fases da vida.

Notamos também que os entrevistados fazem correlações do envelhecimento com aspectos legais como a aposentadoria: *“[...] seria uma pessoa acima de 60 anos que está para se aposentar ou já está aposentada [...]”* (ASG-1), bem como aos seus direitos legais, *“[...] é reconhecido pela sociedade, [...] estacionamento específico para o idoso [...] . Tem uma série de situações, empresas, bancos, filias, lugar pra sentar, tudo é reconhecimento de uma pessoa.”* (G-5)

Contudo, os entrevistados advertem que nem sempre os direitos legais são assegurados pela sociedade: *“[...] já trabalhou muito e chegou na idade que não tem respeito, não tem o privilégio que poderia ter, [...] a lei fala, o idoso chegou passa na frente, vejo que fica esperando. [...] no supermercado, no banco tem o caixa especial pro idoso [...] mas nunca funciona. Na saúde tá a mesma coisa, [...] chegam de manhã vão enfrentar a fila como qualquer outro até chegar a vez. [...] já que trabalhou tanto tem preferência, tinha que passar na frente.”* (ACS-2)

Mesmo diante da aposentadoria e dos direitos advindos após os 60 anos, as pessoas idosas enfrentam o risco de perder o seu papel na sociedade e de usufruir destes direitos. Carolino et



al.<sup>89</sup> afirmam a necessidade do idoso manter-se, enquanto cidadão, em seu meio e que a sociedade deve garantir condições para que isto aconteça, uma vez que estar com 60 anos é o início de uma fase em que o processo de envelhecimento continua, e este deve ocorrer tendo compartilhamentos com constituição de laços.

Os participantes destacam que o aspecto financeiro ligado à aposentadoria é outro dado importante, uma vez que utilizam boa parte dos valores com medicamentos para melhora de sua qualidade de vida, “[...] a aposentadoria é pouca, trabalha a vida toda e aí [...] recebe a aposentadoria pensa que vai ter uma qualidade de vida melhor, a maior parte é para medicamento, hoje [...] ser idoso não é fácil.” (ASB-2); “[...] aposentadoria não dá para pagar uma pessoa para cuidar, maioria recebe um salário mínimo, não dá para comprar o tanto de medicação que tomam.” (ENF-1)

A partir de vivências profissionais instigamos se esta realidade não poderia ser modificada se os idosos passassem a utilizar com maior frequência programas do governo, como a “farmácia popular,” ou a realizarem atividades físicas e de relaxamento para diminuam o gasto com medicamentos e até mesmo o uso destes, uma vez que a atividade física proporciona bem-estar e diminuição de dor. Questionamos se uma das causas de pouca aderência deste programa do governo seria a falta de informação por parte dos idosos e a importância dos profissionais da saúde em valorizar a orientação neste quesito.

Outra abordagem para o envelhecimento está relacionada à autonomia e à independência, que são afetadas em decorrência do desgaste natural do corpo humano.

Os participantes atribuem a conquista da autonomia como resultado do desenvolvimento dos ciclos de vida e experiências. Com as experiências o idoso deveria atingir a maturidade física, mental e social para realizar o que deseja, diferentemente das fases anteriores nas quais sua autonomia era limitada pelos pais, “[...] ter perpassado por todos os ciclos de vida desde a concepção [...] chegar numa fase após ter passado por toda essa experiência [...] tem amadurecimento suficiente para definir aquilo que quer [...] nos ciclos de vida você é criança [...] adolescente, não tem autonomia, busca pela autonomia [...]. [...] na fase adulta consegue autonomia, mas está experimentando a vida, tem acertos e erros. Depois dos 60 anos tem autonomia para desenvolver aquilo que acredita com toda experiência ser melhor.” (G-4) e “[...] é atingir maturidade física, mental, social, [...] viveu experiências [...] devia ser melhor aproveitada, [...] trabalhou [...].” (G-1)

Um estudo sobre concepções do envelhecimento humano enfatiza que o desenvolvimento humano é um processo complexo e dinâmico com ganhos e perdas, ratificando que o processo de envelhecer tem seu desenrolar contínuo durante os anos vividos, colocando o homem numa posição de “inacabado” pelo permanente movimento de busca.<sup>90</sup>

Desta forma Kanashiro (2012)<sup>91</sup> corrobora com a afirmação acima ao mencionar que a Política Nacional do Idoso entende que o conceito de saúde ultrapassa a ideia de estar associada à presença ou à ausência de doença, por considerar que ela está mais relacionada com a manutenção da condição de autonomia e independência destes indivíduos em suas atividades rotineiras. A autora enfatiza a importância do conceito do envelhecimento ativo por abordar a saúde numa perspectiva ampla, esclarecendo que a palavra “ativo” não se refere somente à capacidade física de estar ativo, mas também da relação com a participação da pessoa idosa como cidadão dentro do contexto familiar e na sociedade, podendo ser atuante, isto é, tomar decisões e contribuir com sugestões.

A questão da autonomia e independência do ser idoso pode estar relacionada com o seu papel em seu meio social, dependendo da fase da vida que este está vivendo. Existem situações em que o idoso ganha ou perde o seu valor; por vezes está em situação de ganho, quando, por exemplo, é o responsável financeiro em seu contexto familiar, por outro lado perde sua autonomia quando passa a demonstrar suas limitações e dependências.

Compreendemos que um indivíduo mesmo tendo um envelhecimento saudável durante as fases de sua vida apresentará algumas limitações devido o processo de senescência, mas que o grau de dependência que possuirá dependerá do estado senil desenvolvido, isto é, da presença de patologias crônicas, do tratamento adequados ou não destas. Observamos a importância de uma atuação profissional com práticas pautadas na promoção da saúde em todas as fases da vida de um indivíduo, aspirando ao envelhecimento ativo para que o idoso possa usufruir de autonomia, pois esta conforme relatado pelos entrevistados tem suas origens nas experiências durante os ciclos da vida. Acrescentamos que a autonomia também advém da capacidade de adaptações e criação de potencialidades diante das limitações, assim como do acesso às condições adequadas diante de suas necessidades básicas de vida.

O discurso a seguir demonstra sua necessidade de maior valorização: “[...] é uma pessoa que trabalhou [...] não é inútil, continua sendo uma pessoa com recursos para continuar, mas a sociedade exclui [...] coloca que tem que descansar ou que não produz mais.” (G-1)

Muitas vezes vivenciamos esta situação com os idosos inseridos no meio social, considerando que a valorização de uma pessoa na sociedade ocidental advém pelo seu acúmulo cultural e de sabedoria que possa ter produzido ao longo de sua vida, mas por sua capacidade de ser produtivo economicamente.

Fernandes et al.<sup>87</sup> esclarecem que o idoso teve seu papel diminuído como improdutivo frente à população economicamente ativa no advir da Revolução Industrial e que após esta a sociedade passou a caracterizar-se pelos ideais capitalistas favorecendo a perda do papel do idoso como cidadão ativo e com autonomia no meio em que vive.

Situação análoga é apresentada por Castro e Vargas<sup>92</sup>, no entanto eles acrescentam que vêm emergindo políticas e ações sociais nacionais, consequência deste novo cenário demográfico, impondo novos desafios para a sociedade brasileira não só no setor da saúde e da previdência.

Foi percebido pelos entrevistados que pessoas em idade avançada e com limitações apresentam dependência para o desenvolvimento de atividades comuns e diárias, causadas pelas limitações, o que requer mais cuidados e respeito conforme os discursos a seguir: “[...] *precisa de cuidados especiais pra desenvolver suas atividades diárias, comuns [...]*” (ME-1); “[...] *depende do apoio para chegar a determinado lugar [...]*” (G-5); “[...] *fico com esta ideia que quando começam as limitações passa ser mais idoso do que ativo [...]*” (G-3), “[...] *é uma pessoa com a idade avançada e que a gente deve respeitar.*” (ASG-3)

Pelos fragmentos que seguem, notamos uma concepção acerca do envelhecimento e dependência, que se relacionam não só pela presença de doenças, mas pelo próprio desgaste natural do corpo, “[...] *pela idade acho que já a partir dos 60, 65 anos não se pode considerar uma pessoa idosa, e não só pela questão de doença, mas é pessoa que começa a ter uma dependência de terceiros. [...] Tem uma dependência e já começa a desenvolver algumas doenças e não precisa ser hipertensa e diabética, como é o grande chavão, mas pelo próprio desgaste natural do corpo humano [...]*” (G-5) e “[...] *vejo que é quando começa ter debilidades ocasionadas pelo processo de envelhecimento.*” (ENF-2)

Registra-se na literatura que o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural e que em condições normais sem a existência de doenças certas alterações biológicas podem ser minimizadas, não interferindo na capacidade do ser humano em continuar a viver. Contudo, é necessário juntamente com o processo de envelhecimento proporcionar a otimização

de oportunidades de saúde, participação e segurança favorecendo o envelhecimento com qualidade de vida.<sup>88</sup>

Esta associação apresentada entre o processo de envelhecimento com limitações e dependência é vista como algo preocupante caso a sociedade não reconheça as potencialidades dos idosos e passe a adotar comportamentos superprotetores que não favoreçam a independência dos idosos para a realização de atividades diárias.<sup>87</sup>

Santana e Santos<sup>93</sup> já mencionaram que o ideal é que a dependência tenha como foco a possibilidade de adaptação. Deste modo cabe aos responsáveis do idoso, seja família ou profissionais da saúde, o auxílio no desenvolvimento do seu potencial criativo para a realização de atividades, manutenção de autonomia e qualidade de vida, de maneira a proporcionar sentimentos de liberdade e de independência, favorecendo a aceitação da velhice.

Esta mesma posição é apresentada pelo Ministério da Saúde<sup>88</sup> que acredita ser um desafio para a atenção à pessoa idosa a possibilidade de viver com a máxima qualidade de vida diante das progressivas e possíveis limitações e que resultados melhores acontecem na medida em que os contextos familiares e sociais são vistos como primordiais no reconhecimento das potencialidades, valores e descobertas. No entanto, partes das dificuldades enfrentadas pelos idosos estão relacionadas a uma cultura em que os desvalorizam e os limitam.

Outra forma de dependência está na relação do idoso com o serviço de saúde “[...] é uma pessoa que começa a ter uma dependência de terceiros, não quer ir para um posto de saúde [...]” (G-5).

A relação entre o idoso não querer ir ao serviço de saúde devido a dependência de terceiros é uma realidade cada vez mais existente, pois frequentemente depende de um familiar, o filho, por exemplo, este muitas vezes trabalha no horário de funcionamento do serviço de saúde; ou depende de um vizinho ou de um transporte particular e, consequentemente, terá mais gastos financeiro ou até mesmo depende de condução pública. Estas situações acabam proporcionando um distanciamento entre o idoso e os profissionais da saúde.

O cuidado deve ser um trabalho contínuo entre a tríade equipe de saúde, idoso e família; estes precisam ter ciência de como lidar com situações como a supracitada, sendo imperativo que as práticas sejam pautadas num modelo de atenção que abarque muito mais do que a doença e a cura, não concebendo o envelhecer conexo à dependência, auxiliando-os a adaptar-se e manter, a terem possibilidades de acesso aos serviços de saúde, na medida do possível, sua independência e

seu papel social.<sup>87-93</sup> Este é o maior desafio na atenção à pessoa idosa atualmente em nosso país, devido à predominância de uma cultura de desvalorização e limitação na sociedade.<sup>88</sup> É preciso haver uma integração entre os diferentes setores sanitários e sociais para facilitar o acesso ao cuidado.<sup>94</sup>

Percebemos que esta realidade ainda está em processo de construção no município de Marília, pois conforme dados levantados no Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>77</sup> observa-se a presença de fragmentação do sistema de saúde em função da insuficiente cooperação entre os distintos serviços.

#### 4.2.3.1 Conhecimento do perfil demográfico da população idosa

Os discursos nos revelam que a densidade demográfica populacional do Brasil vem apresentando um aumento da população acima de 60 anos, e que Marília não diverge deste cenário, tendo variações entre as regiões de saúde como apresentado nos fragmentos: “[...] *tem aumento da população acima de 60 anos, vem crescendo em quantidade, se não me engano tá em torno de 27 mil pessoas acima dos 60 anos.*” (G-1); “[...] *acho que [...] tá em torno de 40% em geral de idosos, é variável, tem bairros que tem mais idosos [...], a quantidade é bem alta de idosos [...].*” (ACS-3).

Os fragmentos a seguir “[...] *a qualidade de vida que tá proporcionando a população a viver mais [...].*” (DE-1); “[...] *vem aumentando devido principalmente ao cuidado maior com o idoso, ao avanço da tecnologia em relação a tratamentos para idosos como o rastreamento precoce de doenças. O que faz com que os idosos [...] tenha maior expectativa de vida e consequentemente aumenta o número de idosos [...].*” (ME-1) mostram as causas vistas pelos entrevistados como o aumento de qualidade e expectativa e vida a partir do aumento do acesso aos maiores cuidados, tecnologia nos diagnósticos precoces de patologias, o que contribui para a alteração do perfil demográfico não só de Marília, mas também do território brasileiro.

Partindo do pressuposto de que o desenvolvimento eficaz de uma ação sobreveém da ciência de uma multivariabilidade de elementos relacionados a ela, neste caso se a programação municipal é implementar o programa do idoso, concluímos que o conhecimento do perfil

demográfico desta faixa etária se torna imprescindível para todos os participantes da pesquisa para que a formulação de estratégias seja de acordo com a legítima realidade.

Identificamos diversas falas que demonstram algum conhecimento sobre o perfil demográfico da população idosa, “[...] no decorrer dos anos [...] tendo um incremento da população idosa. [...] não vê mais uma pirâmide, tá começando a inverter [...].” (G-4); “[...] não sei te dizer, acredito que é grande, acho que Marília tem bastante idoso, mas ao certo eu não sei [...].” (ACS-1). O seguinte discurso demonstra um conhecimento aproximado quanto à realidade demográfica: “[...] hoje existe mais jovens do que idoso, mas [...] esses idosos precisariam de muito mais cuidados, não tá tendo [...].” (AE-1), ao mencionar que há uma faixa etária predominante de jovens. No entanto, é salientada a necessidade de mais cuidados aos idosos.

Outra fala considera que a população do município está passando por um crescimento gradativo devido ao aumento da expectativa de vida e diminuição da natalidade. Porém, é levantada a existência de determinantes que não favorecem uma vida com qualidade desde a presença de situações sanitárias inadequadas, como também de condições que causam o estado de acamado, visto a seguir: “*A população de Marília idosa cresceu muito nos últimos anos [...]. Ainda tem bastante criança, mas tem bastante gente idosa. A população brasileira tá [...] vivendo mais. [...] não tem saneamento básico adequado, tem gente que mora em rua que não é asfaltada, e o idoso sofre por isso [...] e tende a aumentar muito mais, a população não tá tendo mais muito filho, então tá tendo bastante idoso. Aqui no posto tem bastante idoso acamado [...].*” (AD-1).

A constatação do aumento da população idosa em 13,66% no município de Marília a partir do relatório de Gestão Anual-2011<sup>84</sup> não é de ciência de todos os envolvidos na pesquisa, sejam profissionais locais ou gestores.

Verificamos que o conhecimento sobre o perfil demográfico da população idosa é divergente entre os entrevistados, há caracterizações mencionando a sua predominância como também discursos que apenas revelam algum conhecimento, sendo estes embasados a partir de observações do aumento do acompanhamento/demanda dos idosos nas unidades de saúde e da concentração maior desta população em alguns bairros como apresentado a seguir: “[...] a população de Marília [...] vem crescendo, não sei exatamente em quantidade, mas a gente tem observado nas unidades que a demanda tem aumentado bastante [...]” [...].” (G3); “[...] acho

*que [...] tá em torno de 40% de idosos, é variável, tem bairros que tem mais idosos [...]” ACS-III.*

Destacamos que a aproximação breve do perfil demográfico, mas também as especificidades fisiológicas do envelhecimento humano pode constituir uma apropriação inadequada destes profissionais da saúde em sua atuação individual ou coletiva dentro das expectativas da Atenção Básica. Lembramos da importância dessa apropriação e concretização para o fortalecimento de distintas políticas públicas essenciais para o envelhecimento saudável e um cuidado ampliado, esperado para um futuro próximo pautados nos princípios de cuidados preventivos e da promoção da saúde.

Questionamos se estes também possuem informação adequada a partir do território de suas Unidades de Estratégia Saúde da Família, ponderando sua influência no planejamento e implementações dos cuidados, mais especificamente dos idosos.

É pertinente a implementação do programa do idoso no município de Marília não só por fazer parte de uma política de saúde, mas também porque foi constatado que esta população na cidade está aumentando, perfazendo 13,66% da população total.<sup>84</sup>

Verificamos que no plano municipal de Marília<sup>77</sup> o aumento da longevidade humana e a redução no coeficiente de fecundidade, em que o número médio de filhos/mulher em Marília é inferior à taxa de reposição, o qual é 2,1 filhos/mulher, classifica o município num nível “estacionado”, predominando a população entre 20 a 39 anos.<sup>77</sup>

O momento propicia o desenvolvimento da nação por predominar pessoas jovens em idade economicamente produtivas, favorecendo o preparo do país para um futuro com predominância de idosos. Contudo, precisaremos de condições fundamentais, tais como, as políticas macroeconômicas de manutenção do pleno emprego, de investimento em formação de capital humano e de acúmulo de poupança<sup>95</sup>. Para que o Brasil não sofra estagnação em função de idosos inativos e dependentes, ações de prevenção devem ser privilegiadas, o que comprova a importância da consolidação da Atenção Básica à Saúde.

Informações extraídas dos documentos municipais de gestão<sup>77,84</sup> ponderam esta possível realidade brasileira, ao percebermos que a maioria das internações de pessoas acima de 50 anos originou-se de doenças do aparelho cardiocirculatório, consideradas preveníveis e que frequentemente causam sequelas e dependência. Acrescentamos que as doenças cardiocirculatórias são a causa da maioria (30,13%) do total de 1.341 óbitos de residentes em

Marília em 2009.<sup>77,94</sup> Nesse sentido questionamos como os serviços de saúde deverão se organizar considerando o predomínio da população idosa e com a continuidade da prevalência dessas patologias, principalmente por Marília ser um centro de referência regional para tratamento clínico/cirúrgico hospitalar com média e alta complexidade.

Ao analisar o relatório de Gestão Anual - 2011<sup>84</sup>, quanto ao objetivo de reduzir a taxa de internação por complicações das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), responsáveis por grande parte das internações, identificamos que as ações planejadas partiram da diretriz “Diminuição das taxas de internação por Diabetes mellitus e suas complicações e por Acidente Vascular Cerebral”, sendo estas:

- “- Rediscutir o Protocolo de Hipertensão Arterial com os médicos generalistas e clínicos gerais da rede básica de saúde,
- Rediscutir o Protocolo de Diabetes mellitus com os médicos generalistas e clínicos gerais da rede básica de saúde.
- Implantar o Centro de Tratamento para o Tabagismo na UESF Três Lagos.
- Implantar o Centro de Tratamento para o Tabagismo na UBS JK.”<sup>84</sup>

Observamos que o objetivo não foi alcançado, porque nenhuma das ações foi realizada. Foi identificada como causa a greve dos profissionais médicos da rede de Atenção Básica da Estratégia Saúde da Família durante 10 meses, a redução da carga horária dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e a não efetivação da implantação dos dois centros de tratamento para o tabagismo.

Mesmo que estas diretrizes fossem concretizadas, questionamos se seriam suficientes, por abordarem parcialmente os profissionais da atenção, ressaltando que esse processo não garante a discussão na equipe.

Estudos científicos vêm corroborar quando ostentam a existência de concepções e valorizações distintas de planos de cuidar a partir de categorias profissionais, uma vez dependentes de fatores como contextos econômicos, políticos, sociais o que implica diretamente na forma como ocorre o cuidado na Atenção Básica aos indivíduos, o que nos mostra a importância de envolver outras categorias profissionais responsáveis nesta área.<sup>45</sup>



É imperativo a participação de mais categorias profissionais nas ações diante da mudança epidemiológica, assim Cecílio<sup>41</sup> apresenta a necessidade de uma nova forma de cuidar por meio de dimensões do cuidado, sendo uma delas a “societária” relacionada ao desenvolvimento das políticas públicas, especificamente como cada ator social atua na sua formulação, implementação e operacionalização.

#### 4.2.4 Gestão e Organização do Trabalho para o Cuidado à Pessoa Idosa

##### 4.2.4.1 A implementação da política de atenção à saúde da pessoa idosa no município

Em relação à implementação da Política Nacional do Idoso no município de Marília, identificamos que tanto nas falas dos profissionais como nas dos gestores houve um processo de implementação, contudo com visões distintas, uma vez que os profissionais dos serviços locais atribuem a implementação de forma superficial e são possuidores de conhecimentos distintos em relação ao início da organização e/ou implementação das ações, diferentemente dos gestores que demonstram ter ocorrido três movimentos até o momento atual como exposto nos fragmentos a seguir:

Primeiro momento: “[...] *Publicado a política nacional à saúde da pessoa idosa em 2006 teve movimento de implantação da caderneta, [...] teve diversos problemas, caderneta a menos, idosos não preparados, [...] não conseguiu implantar de forma efetiva, [...] teve educação permanente, foi um processo desorganizado.*” (G-4)

Segundo momento: “[...] *Teve a implantação do NASF em 2009, a caderneta foi tentado implementar em 2007 ou 2008, [...] no ano subsequente a 2010 a proposta foi considerado a essência do papel do NASF, [...] experiência um pouco melhor, também não efetiva, mas a gente refletiu muito sobre princípios e diretrizes da política [...] tem o acolhimento preferencial, [...] atendimento domiciliar, ainda problemas no município, [...] a participação social dos idosos no planejamento das ações é praticamente zero [...] precisa retomar a questão de formar os cuidadores.*” (G-4)

Terceiro momento: “[...] Agora com a criação de coordenação específica da saúde do idoso acredito que está reestruturando de forma mais efetiva, [...] fez primeiro um diagnóstico da atenção à saúde do idoso, está propondo a implantação da caderneta de forma diferenciada, da política como um todo. [...] propôs um número pequeno de unidades para criar uma experiência das dificuldades, das facilidades [...]uma UBS do modelo tradicional e duas equipes da Saúde da Família [...]está nesse processo de avaliação [...] para poder expandir de forma organizada.” (G-4)

Estas ações apresentadas como a entrega de cadernetas, educação permanente, bem como a inserção de um médico geriatra na rede “[...] contratamos um profissional geriatra” (G-5) não chegou a ser considerada efetiva por diversos fatores, como por exemplo, “[...] veio caderneta a menos [...].” (G-4).

As ações implementadas descritas acima são vistas pelo Ministério da Saúde como instrumentos fundamentais para o fortalecimento da Atenção Básica como a caderneta e a educação permanente. A primeira é tida como instrumento de cidadania, que auxilia no planejamento das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população; em relação à educação permanente tem-se como função do gestor municipal utilizar o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa com toda a equipe da Estratégia Saúde da Família, bem como a efetivação dos instrumentos de avaliação presentes neste caderno para um cuidado mais qualificado à pessoa idosa.<sup>88</sup>

Pelas entrevistas dos gestores temos a informação de que a maioria dos profissionais que realizaram a educação permanente na época não está atuando mais na ESF, o que pode explicar a ausência de relatos nas entrevistas dos profissionais sobre educação permanente. Ademais, sobressai a inquietação de que apesar das duas primeiras ações terem sido vistas como alcançadas, consideramos que são insuficientes frente à efetivação da política, pelo seu perfil apenas de “apresentação”.

Perante informação, observamos que as entrevistas dos gestores abordaram de maneira sucinta como ocorreram as capacitações, estes participantes não deram subsídios de como abordaram as capacitações não sendo possível ter ciência de dados importantes, como por exemplo, os instrumentos de trabalho utilizados e quais os conteúdos abordados.

Ressaltamos a importância de se utilizar o caderno do Ministério da Saúde nas capacitações devido à riqueza de seu conteúdo, o qual abrange aspectos integrais à saúde do idoso e de sua família, abordando formatos de avaliações quanto às alterações biológicas comuns ao processo de envelhecimento, realização de atividades básicas e instrumentais diárias, funcionalidade e genograma familiar, bem como presença de violência e sobrecarga dos cuidadores. Este material também proporciona a compreensão de seu papel a todos os componentes de cada categoria profissional nas equipes locais.<sup>88</sup>

Encontramos na literatura que a implementação de ações compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, direta ou indiretamente relacionados com seu objeto.<sup>96</sup>

Ainda neste mesmo estudo supracitado que avalia a Política Nacional de Atenção ao Idoso no Brasil em 2007, Rodrigues et al.<sup>96</sup> afirmam que os Planos de Ação devem atribuir aos órgãos setoriais a utilização de suas atribuições e realizem ações de acordo com as demandas da população de idosos baseados na PNSI. Citam como exemplo, a realização de fóruns, formais e informais, de discussão a respeito dos direitos dos idosos, o que, no entanto, não foi constatado nas entrevistas dos profissionais. Nas entrevistas dos gestores foi afirmada a ocorrência de alguns fóruns e capacitações acerca de prevenção de acidentes domiciliares, porém tais atividades não contínuas, conforme o seguimento: “[...] teve fórum sobre o idoso com delegacia da mulher, promotoria, tivemos algumas capacitações [...] aos cuidadores [...] com a casa do idoso para não ter acidentes [...] não posso dizer que são coisas contínuas, pontuais que acontecem ainda.” (G-5).

Almeida et al.<sup>97</sup> revelam que para que se concretizem efetivamente a implementação de propostas e ações da PNSI, requer-se desdobramento e melhoria na capacitação dos profissionais de saúde de modo a potencializar o desenvolvimento das atribuições específicas da microgestão.

Em momento posterior, com a entrada do NASF em 2009, a proposta de implantação da caderneta foi considerada a essência de seu papel, especificamente nas USF, ampliando as práticas das equipes como visto no fragmento “[...] a proposta foi considerando a essência do NASF [...] apoiar a implantação da caderneta e o processo de reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa nos territórios [...]” (G-4)

Apesar de ainda não ter sido considerada efetiva a implantação da caderneta, a ação foi menos desordenada e possibilitou uma reflexão acerca da PNSI e de questões que ainda afetavam

o desenvolvimento da política como apresentado no discurso “[...] foi uma experiência um pouco melhor que a primeira implantação, mas não foi efetiva, mas serviu para a gente fazer uma reflexão sobre a questão do idoso. [...] o atendimento preferencial ainda é problema; atendimento domiciliar tem o PROIID, mas tem foco a internação [...] estimular participação social dos idosos [...]]; [...] formar os cuidadores [...]” (G-4)

Novamente aconteceram falhas repercutindo no desenvolvimento da política, como a não implantação da caderneta e um planejamento da implantação parcial diante das ações preconizadas pela política, situação preocupante principalmente ao se tratar de uma política de saúde que, pelo período societário em que vivemos, é tão crucial, pois as condições da saúde do idoso em um futuro próximo dependem do desenvolvimento desta política. O que se apreende é que a PNSI vem se desenvolvendo num ritmo lento, lembrando que esta foi disposta há quase duas décadas por meio da Lei nº 8.842 de 1994, tendo suas diretrizes e ações estratégicas expostas no Pacto pela Saúde da Portaria nº 399/GM de 2006.

Após este período já se passou quase uma década e o que se nota é que tentativas acontecerem, porém acompanhadas por falhas na implementação das ações locais, tendo suas origens acopladas ao planejamento independente do nível de execução, seja federal ou municipal.

Frente ao exposto sobrevêm preocupações, uma vez que, por diversas vezes, constataram-se experiências prévias não efetivas na implantação da caderneta do idoso. Como será esta nova tentativa? E as outras diretrizes da PNSI? Tais preocupações originam-se de prováveis riscos de retrocesso de ações em andamento causadas pelas várias dificuldades que o setor público passa atualmente como, por exemplo, manter profissionais da categoria médica por tempo contínuo nas unidades.

Atualmente, percebe-se um planejamento mais avançado com uma enfermeira específica para as ações do idoso. Houve também proposta para a implantação diferenciada da PNSI, realização de um diagnóstico da saúde do idoso, planejamento de ações, como escolhas de unidades-piloto, e um levantamento da quantidade de idosos a partir do sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) e, a partir dessas ações, a confecção de cadernetas adequadas ao município, como vislumbrado nas falas: “[...] tem uma enfermeira específica na saúde do idoso [...] tá revendo a cartilha do ministério para uma municipal, [...] fez primeiro um diagnóstico como tava a atenção à saúde do idoso [...]”. (G-2); “[...] está terminando de confeccionar carteiras, está recomeçando em duas USFs [...] estão começando a reorganizar o trabalho

*voltado para o idoso de acordo com o maior número de idoso que tem cadastrado no sistema nessas unidades [...]” (G-3)*

As falas dos gestores vislumbram a presença de uma coordenação específica da saúde do idoso, como a seguir: *[...] com a criação dentro da saúde do adulto de uma coordenação específica da saúde do idoso [...] a gente está reestruturando de forma mais efetiva a saúde do idoso.” (G-4)*

Miyata et al.<sup>98</sup> afirmam que ter uma coordenação específica é imprescindível por ter como responsabilidade institucional atribuições específicas ao prover meios para viabilizar os propósitos basilares da PNSI.

Acrescentamos o quanto Marília tem por beneficiar-se com um profissional específico para a coordenação da saúde do idoso, pois, atualmente, promover saúde, tem sido visto como um grande desafio para os gestores em função das desigualdades sociais e dos recursos escassos, exigindo um conhecimento detalhado da situação em saúde, dos impactos dos programas e políticas, facilitando um planejamento direcionado às ações determinantes.<sup>99</sup>

Nesta parte da análise abordaremos assuntos a fim de resgatar a informação citada anteriormente de que os profissionais dos serviços locais atribuem a implementação de forma superficial, pois não identificamos nos discursos a maioria das ações estratégicas da política, além de que as ações citadas foram abordadas de forma pouco aprofundadas e várias destas não são direcionadas ao idoso, são cuidados a partir de doenças que os usuários já tinham anteriormente.

Resgatamos ainda o fato de que os profissionais são possuidores de conhecimentos distintos em relação ao início da organização e/ou implementação das ações. Levantamos esse questionamento, pois na análise documental e entrevistas dos gestores notamos ações bem tímidas em relação à política, podendo ser reflexo do desenvolvimento desta política no nível local.<sup>77, 84</sup>

O fato acima não ocorre somente no governo municipal de Marília.<sup>77, 84</sup> Miyata et al.<sup>98</sup> em suas pesquisas com o intuito de ter um panorama nacional das políticas e programas do idoso identificam que as iniciativas do governo federal “são muito tímidas e com características campanhistas”.

As ações identificadas nas entrevistas dos profissionais partem desde a cartilha e carteira do idoso, cuidados aos maus tratos, “*tem organizações que protege o idoso, tem disque idoso*

[...].” (ASB-1), bem como as direcionadas à hipertensão arterial e diabetes e à prevenção ao câncer bucal e vacinação de influenza, sendo esta última a ação citada mais realizada por volta de uma década, não podendo nos esquecer de que se trata de ação campanhista.

A presença de cuidados direcionados principalmente para hipertensão arterial e diabetes há mais de uma década são percebidos como fragmentados, destacando a vacinação de influenza como a ação mais concretizada “[...] há 12 anos acompanho cuidados meio fragmentados, mas que sempre existiu, a vacinação de influenza tá há uns 9 a 10 anos; o cuidado mais específico é em relação à hipertensão e diabetes e às próprias doenças ocasionadas pelo envelhecimento.” (ENF-2)

Outro discurso nos revela que os cuidados aos idosos iniciaram-se mais tardiamente devido à existência de outros programas de saúde, “trabalho há treze anos na Saúde da Família, [...] o cuidado ao idoso demorou um pouco, foi há uns cinco anos depois que comecei trabalhar, tinha outros programas [...]” (AE-3)

A cartilha e a carteira do idoso, bem como o conhecimento de uma lei específica são conhecidas no município como é exposto a seguir: “[...] agora tem uma lei específica para o idoso, cartilha para o idoso [...]” (ASG-2); “[...] de dois ou três anos que chegou a cartilha, a carteira do idoso, não tinha nada muito estabelecido [...]” (ENF-1).

Há aqueles que não sabem, com muita propriedade, sobre o início da organização das ações ao idoso, como “Não sei quando ocorreu a organização, comecei a ouvir falar bastante sobre idoso depois que comecei a trabalhar na unidade, antes não parava para prestar atenção, não tinha esse olhar, tem essas organizações que protege o idoso, tem o disque idoso para proteger de maus tratos [...]” (ASB-1) e “[...] Aqui na unidade foi feita há tempos atrás [...]” (ASG-2)

Compreendendo a velhice como uma fase da vida, percebemos que os profissionais argumentam a favor da necessidade de cuidados indispensáveis e comuns para este período com base na confiança e criação de vínculo, bem como o respeito com a população idosa por simplesmente estarem vivendo mais uma fase da vida como qualquer outra: “[...] é expectativa de ter vida mais tranquila, mais medicamento, atendimento com carinho, cuidado. [...] porque é uma fase que estão passando, [...] é a idade de voltar a ser criança, são teimosos, rebeldes, mas mesmo assim a gente precisa confiar, depositar uma confiança neles pra poderem confiar na gente também.” (AE-1); “é uma fase da vida, um período que todo mundo vai passar, fase

*especial da vida. [...] é uma idade como qualquer outra, [...] como ser adolescente, ser adulto [...] mas acho que tem que ter mais respeito, às vezes não tá tendo tanto [...].” (AD-1)*

Os participantes esclarecem que limitações como as dificuldades para cognição e locomoção normalmente presentes nesta fase acarretam necessidades de cuidados, “[...] tem um pouco mais de dificuldade de cognição, de locomoção, necessita um pouco mais de cuidados pra compreensão na esfera social em que tá envolvido [...]” (ME-1). Assim, acrescentamos que diante desta nova fase que o idoso vivencia, há necessidade de cautela por parte dos profissionais da saúde, pois no intuito de oferecer cuidados indispensáveis podem acabar favorecendo a transformação do idoso em uma pessoa dependente, isto, levando-se em conta que é preciso utilizar no processo do cuidado a coparticipação, valorizando as experiências que o idoso possui, como identificado nas falas dos gestores ao afirmarem que a autonomia advém das experiências e dos ciclos de vida.

Neste fragmento apesar de identificarem que os idosos possuem necessidades específicas em relação ao acompanhamento, destaca-se, porém uma prática centrada na doença como apontado: “[...] na atenção básica é necessário mais atenção a outros tipos de doenças, comorbidades [...], acompanhamento mais detalhado, [...] espaço mais curto em relação à população mais jovem.” (ME-1)

Com o fragmento: “A maioria das vezes existe o grupo que a maioria dos idosos ou é diabético, hipertenso, [...] já fazem parte de uma categoria [...]” (ASG-1), ratificamos a ideia citada acima ao observarmos organizações de processo de trabalho, as quais apontam uma visão focada no modelo biomédico, sem ampliação do conceito de saúde. É necessário, portanto, compreender o idoso não só pelas suas doenças, mas pela sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.

Desta maneira, identificando suas necessidades a partir do conceito ampliado de saúde, precisa-se enquanto profissionais da saúde, familiares e cuidadores valorizar o saber-fazer do indivíduo idoso, auxiliando-os a se verem como atores ativos de suas vidas no enfrentamento das dificuldades oriundas das limitações do próprio processo de envelhecimento ou das doenças adquiridas pelo processo de senilidade, bem como a identificarem suas potencialidades que podem a vir desenvolver para as adaptações necessárias para uma qualidade de vida.

Em documento oficial do município, identificamos que houve um decréscimo de atividades educativas em saúde, não priorizando ações em grupo ou mesmo individuais, tido



como causa a nova organização do sistema de saúde em que situações de baixa complexidade são de competência das ESF.<sup>77</sup>

O fragmento: “[...] *Tem atendimento do auxiliar de enfermagem que é com curativo, medicação, verificação de pressão, vacinação. A odontologia vai na casa, campanha a saúde bucal [...]. atendimentos do enfermeiro e do médico [...]. visita domiciliar para quem precisa [...]. dias específicos de atendimento [...].*” (AE-1) e “*tem bastante enfoque da enfermagem [...]. pelo feedback das agentes comunitárias, fazem o maior número de visitas, fazem triagem [...]. somos dois médicos nos dividimos e vamos fazer as visitas, é o processo de cuidado aqui [...].*” (ME-1), expõe o que temos discutido: notamos que no desenvolvimento de cuidados há também divisão de tarefas, devido às distintas categorias profissionais, porém não fica esclarecido se respaldam-se na perspectiva da interdisciplinaridade.

Fica evidente o quanto o setor da saúde deve passar por uma reorganização de seu processo de trabalho, bem como a intensa necessidade de reavaliar a linha de pensamento acerca do processo saúde e doença que utilizam no cuidado, por predominar atuações focadas nas doenças e não pautadas na singularidade da pessoa. Atualmente não basta a publicação pelo Ministério da Saúde da Política Nacional do Idoso, se os profissionais que a implantarão e implementarão ainda têm suas práticas profissionais reguladas em princípios biomédicos.

Contudo, observamos práticas profissionais com olhar ampliado para o cuidado, quando se tratam de visitas domiciliares e grupos, citando o idoso como prioridade: “[...] *tem prioridades com idosos, visitas para ver [...]. ambiente, cuidados com os cuidadores, família, [...]. alimentação, [...]. exercício, [...]. faz levantamento de quanto idosos tem na área, quem são os cuidadores, moram, não mora sozinho, [...]. tem a família que dá apoio, que não [...]. Faz grupos com idoso, artesanato para ajudar na depressão, não ficar tão sozinho, fazia artesanato nas casas para os que não podiam vir até o posto, [...]. conversar, dialogar.*” (ACS-3)

Pela fala identificamos que a ação envolve uma atenção mais integral acerca da pessoa idosa, não abordando somente aspectos biológicos, além destes, o cuidado parte do levantamento de idosos pela área de abrangência, considerando o princípio da territorialidade na organização destas práticas. Encontramos na literatura que a noção de território é fundamental para as ações de promoção de saúde, por não se restringir apenas ao espaço geográfico uma vez que este espaço habitado é marcado pelo dinamismo e subjetividade humana.<sup>100</sup>



Há outro fragmento que aponta ação de promoção da saúde nas atuações profissionais, demonstrando a realização de diagnóstico situacional em que identificam uma demanda alta de idosos com poucas atividades recreativas: “Nossa população é idosa, [...] demanda grande, desassistida [...] na área um asilo, [...] sempre tem um olhar para esses idosos; na unidade começamos com grupo a três anos, de lazer [...] diagnósticos na região, pouco lazer [...] unidade para passear [...].” (ENF-1)

Os cuidados aos idosos são realizados tanto pela equipe na sua totalidade como também por parte da equipe: “[...] aqui na unidade praticamente médico, dentista, enfermeiro, auxiliares [...].” (ME-2). O processo de trabalho realizado por apenas parte da equipe contraria as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, afetando a qualidade do cuidado em todas as suas bases. Quando toda a equipe participa de um cuidado de forma conjunta e interdisciplinar, aumenta-se a possibilidade das necessidades de saúde dos idosos serem contempladas.

Em relatos em que toda a equipe participa do cuidado do idoso é verificada a atuação de diversos profissionais que muitas vezes não têm suas ações contempladas, como os auxiliares de escrita, possuidores de um papel imprescindível, principalmente no momento em que a pessoa chega ao serviço de saúde, podendo já o acolher; bem como os profissionais da saúde bucal e os dos serviços gerais, vistos também com algumas atuações parecidas com as práticas dos agentes comunitários de saúde, “[...] os que fazem a visita, que traz a realidade dos idosos para a nossa equipe.” (ASB-2).

Esta analogia é feita, porque na maioria das vezes moram no mesmo território do serviço de saúde, facilitando o conhecimento da equipe de determinadas situações ocorridas com a população como exposto nos discursos adiante: “Em todas as categorias desde o agente comunitário, auxiliar de serviços gerais que também faz parte da comunidade, traz também muitas informações dos pacientes pra nós, tem um relacionamento legal com a população [...], tanto no atendimento odontológico, auxiliar de escrita, porque o auxiliar de escrita é a linha de frente da unidade, tudo é ali na recepção é a que passa a informação e faz o acolhimento dele e assim passa para cada categoria correspondente [...].” (ASB-2).

Por conseguinte os profissionais auxiliares de serviços gerais também são vistos como aqueles que podem e devem palear suas atuações a partir dos preceitos do acolhimento: “[...] creio que não exista profissional específico para o cuidado com idoso, [...] todos atende [...] até

*sendo auxiliar dos serviços gerais, também acolho, [...] aqui tem rampa de acesso, [...] também posso ir lá e estar atendendo ele para [...] chegar até a unidade.”* (ASG-1)

A parceria de outros setores, como o Núcleo de Atenção à Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), foram citados como participativos no processo do cuidado. Perante situações de violência, diante das quais os idosos declararam se servir da assessoria dos assistentes sociais e do “disque idoso”: “[...] quando é alguma coisa relacionada a maus tratos a gente liga é disque denuncia. A gente tem a assistente social que a gente leva para eles o problema e ela tenta solucionar direcionando para outros setores.” (ACS-3)

Reafirmando a participação do NASF: “[...] Há participação de outros setores, principalmente do pessoal do NASF, que dão um suporte bacana pra nós no sentido de reabilitação, não digo de todos tem que se reabilitar, mas a grande maioria tem patologias, e tem as comorbidades decorrentes destas patologias [...]” (ME-1)

No entanto, contrariando a visão anteriormente apresentada, denota-se a participação nem sempre frequente da equipe do NASF, conforme o discurso: “[...] às vezes vem o pessoal do NASF.” (AE-1)

Reiteramos a importância do NASF no sistema de saúde por emergirem nos discursos sua importância no desenvolvimento dos cuidados. Possui um papel decisivo no desenvolvimento dos cuidados à pessoa idosa promovendo em parceria com a equipe de referência, estratégias de intervenção e compartilhamento da responsabilidade pela população atendida. O NASF, segundo o Ministério da Saúde<sup>38</sup>, de caráter interdisciplinar apoia as equipes de referência enquanto apoio matricial, visa à ampliação das ações da Atenção Básica por meio da organização do processo de trabalho sob a ótica da interdisciplinaridade e clínica ampliada.

Por meio do discurso: “*Acho que o que diferencia um pouco é a participação de outros setores [...]*” (DE-1), inferimos que a participação de outros setores influencia no desenvolvimento do processo do cuidado. Entretanto, no Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>77</sup> é notada a presença de fragmentações do sistema de saúde devido à insuficiente cooperação entre os serviços, havendo necessidade de uma rede de atenção à saúde.<sup>77</sup>

Motta et al.<sup>101</sup> relatam que o fortalecimento de sistemas de saúde coordenados e em redes contribui para as ações dos diversos setores da saúde e favorece as organizações do processo de cuidado. Ressaltamos mais uma vez a importância do NASF ao auxiliar este fortalecimento de redes, que ao ter em suas diretrizes a lógica da clínica ampliada prevê que para atender as

necessidades dos idosos há necessidade da articulação entre os serviços de saúde e outros setores e políticas públicas.<sup>102</sup>

O município de Marília já fez este diagnóstico de fragmentação do sistema, cabe agora a reorganização deste sistema para que possa ter resultados favoráveis na implementação da política.

Quanto às ações voltadas ao idoso em âmbito nacional, a literatura traz experiências interessantes tais como o Grupo Feliz Idade em que a equipe de um serviço no Nordeste, realiza atividades a partir de grupos, para proporcionar a vivência de situações que despertam as necessidades e em que também são desenvolvidas ações cujas estratégias contemplam o bem-estar, interações sociais, elevação da autoestima, além do sentimento de respeito e de valorização.<sup>103</sup>

Outras ações relacionadas ao cuidado do idoso se materializam como na Universidade Aberta da Terceira Idade (UNAATI), criada na França em 1973 e reproduzidas em universidades brasileiras que aderiram a ideia desde 1983, como é o caso da Universidade Estadual de Maringá (UEM), que concretizou tal implantação em 2010, passando a desenvolver atividades que envolvem cursos na área da educação para a saúde, arte e cultura, bem como de conhecimentos sobre a terceira idade, cursos de línguas estrangeiras, de informática e atividades físicas. É muito interessante esta atividade pela convergência criada entre dois campos “o jovem e o idoso”, havendo uma interação e trocas intergerenciais ao possibilitar a integração do idoso no ambiente acadêmico tradicionalmente tido como espaço para jovens, que com seus conhecimentos e juventude favorecem a promoção de autonomia.<sup>104</sup>

No Brasil desde a década de 60 há implantações de programas não institucionalizados para idosos com o intuito de evitar a sua solidão na sociedade, programas estes desenvolvidos pelo Serviço Social do Comércio (SESC) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA).<sup>104</sup>

Outra iniciativa recente trata-se do grupo de conversas desenvolvido como parte de um projeto de extensão universitária no interior do Mato Grosso do Sul o qual possibilita aos participantes aumentar seu conhecimento sobre si mesmos ou sobre os outros, por meio de relatos de vivências e discussão em que emergem interesses dos próprios participantes.<sup>105</sup>

Segundo Combinato (2010)<sup>105</sup> o desenvolvimento desta atividade permite não só a valorização dos seus saberes e sua história, como favorece a ressignificação do tempo presente abrindo possibilidades de manutenção e ampliação da qualidade de vida. O grupo de conversas

cria um espaço privilegiado para criação de vínculos afetivos, reflexão e conscientização das determinações do processo saúde-doença, como também organização e mobilização para o efetivo controle social, espaço de ensino-aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde, constituindo redes de apoio.

Em seu estudo acerca de algumas experiências relacionadas à operacionalização das políticas de atenção ao idoso no município do Rio de Janeiro, Bruno<sup>10</sup> aponta ter observado ações nas diferentes esferas da administração pública voltadas para maior aproximação entre velhice, saúde e sociedade inferindo o quanto esta articulação viabilizaria melhorias no cuidado do idoso. Porém, postula que o desenvolvimento de programas destinados a esta população não é suficiente devido à necessidade de ter certa organicidade e contextualização das bases estruturais das iniciativas oferecidas.

Em outro estudo, foi demonstrado que a equipe da ESF de um serviço de saúde no interior do estado do Rio de Janeiro direciona as ações para o uso adequado dos medicamentos, alimentação, ambiente físico e habitacional com a socialização.<sup>92</sup>

#### 4.2.4.2 Conhecimentos sobre o financiamento do programa do idoso

O financiamento do programa do idoso foi questionado apenas aos gestores. Identificamos dois núcleos acerca do financiamento deste programa do idoso, o desconhecimento e o conhecimento breve acerca do financiamento do programa.

Quanto ao primeiro núcleo, o desconhecimento acerca do financiamento do programa do idoso é justificado pela decorrência da não participação direta neste assunto na SMS, como apresentado: “[...] a gente não participa diretamente do financiamento, então [...] eu não sei responder.” (G-2)

O conhecimento breve acerca do financiamento do programa do idoso pode ser verificado nos depoimentos quando relatam que não há financiamento específico ao idoso, e que as verbas quando necessárias originam-se de portarias “[...] O programa do idoso não recebe uma verba direta. O projeto [...] de prevenção de quedas, [...] veio de uma portaria ministerial, [...] Dos demais eu não tenho conhecimento.” (G-1), ou destinadas para a Atenção Básica, uma vez que o

idoso é considerado como indivíduo pertencente a ela conforme relato “[...] não recebemos verba específica por idoso, [...]o recurso vem pela Atenção Básica que vem do Ministério da Saúde. [...] não é especificamente pra ele, [...]” (G-5)

O fato de ter conhecimento acerca do financiamento passa a ser primordial no momento em que Carvalho et al.<sup>19</sup> relatam que os gestores precisam ter garantida a provisão de financiamento de recursos orçamentários para a implementação das ações e sendo conhecedores da temática auxiliam no acompanhamento ou no encontro de caminhos para contemplar as ações da política.

Concluímos que o dado de desconhecimento identificado nesta análise nos faz ressaltar a necessidade dos gestores passarem a compreender o processo do financiamento acerca do programa da pessoa idosa no município para auxiliar na sua atribuição enquanto gestor.

#### 4.2.4.3 Dificuldades na realização do cuidado

As dificuldades na realização do cuidado à pessoa idosa no município de Marília são de origens distintas, podendo citar a falta de ações específicas; ações restritas e dificuldades de acesso; despreparo na formação dos profissionais; dificuldades na contratação; dificuldades na gestão; dificuldades nas ações intersetoriais; dificuldades no incentivo às ações de urgência e emergência, como também de realização de ações na área de prevenção.

Dificuldades de ações específicas são verificadas nos discursos seguintes “[...] no município não tem protocolo de atendimento, programas de reabilitação e programas de inclusão aos idosos [...]”. (ENF-1); “[...] Dizer que existe programa específico do idoso na secretaria não tem. [...] Idosos são cuidados em todas as unidades por médicos generalistas [...] [...] existe uma série de trabalhos [...] que fazem não só pelos idosos, mas com crianças, com gestantes, hipertensos, diabéticos [...]” (G-5); e “[...] grupo voltado aos cuidados específicos do idoso não tem, trabalha o idoso diabético e hipertenso, acamado, que a família abandona [...]]. Mais especificamente para a prevenção, para melhor cuidado do idoso não conseguiu fazer ainda.” (ENF-2).

O seguinte fragmento ressaltando ainda mais os dados acima mostra a ausência de um olhar diferenciado e mais direcionado aos idosos, ações que valorizem momentos de lazer e

favoreçam uma vida mais ativa: “[...] tem que ter olhar diferenciado para as pessoas que estão envelhecendo, elas tem que ter momento de lazer, [...] complicado uma pessoa aposentada, mais idosa se sentir perdida e não ter por onde ser direcionado. Não ter grupo de participação [...] tem que ser população ricamente ativa. [...] os gestores devem ter olhar diferenciado pra tá abrindo espaço pra essa categoria e enquanto profissional de saúde procurar sempre ter o olhar diferenciado pra essa população [...]” (DE-1).

Mantendo-se a discussão sobre a ausência de ações específicas aos idosos, a fala a seguir demonstra que não existem ações específicas voltadas aos idosos, o que dificulta muito o processo de um envelhecimento mais saudável: “[...] geralmente não tem uma agenda separada para eles, a gente divide mais pelo grupo de risco como hipertenso, diabético, como a grande maioria tem uma dessas doenças ou as duas, a gente destina um período de tempo para eles, para orientar juntamente com o resto da população que tem essa mesma patologia. Mas tipo assim, exclusivo assim... nós não temos não”. (ME-2). Para resolver esta questão é imprescindível que haja uma agenda destinada aos idosos, não organizada a partir de suas patologias, mas uma agenda que, além de contemplar o processo saúde-doença, ultrapasse as suas patologias e reafirme a necessidade de cuidar de um ser idoso de forma ampliada.

Esta organização do cuidado pautada em princípios da clínica ampliada proporciona contemplar o indivíduo na sua singularidade e integralidade, estimulando-o a ser corresponsável e mais ativo na construção de sua história enquanto cidadão e em sua saúde, chegando a participar na elaboração de seu projeto terapêutico baseado num processo de cuidado longitudinal entre os profissionais de saúde e a pessoa idosa.<sup>38</sup>

Quanto à dificuldade relacionada à presença de ações restritas e dificuldades de acesso há um fragmento que mostra como esta atrapalha o envolvimento do idoso no meio social. Sabemos o quanto é importante para o idoso continuar a viver enquanto cidadão e não começar a desenvolver sentimentos de inutilidade “[...] No município já vem há bastante tempo, só que um pouco meio que fechada, [...] expandir mais isso, porque o que o idoso precisa desse chamado de carinho. Aqueles idosos que ficam em casa, sem fazer nada, então chamar eles pra passar um dia, deixar eles bem a vontade na vida deles no dia-a-dia [...]” (AE-1)

Nesse mesmo sentido identificamos os entraves para realização de atividades recreativas em consequência dos problemas de locomoção, o que faz com que muitas vezes sejam realizadas ações nos domicílios de funcionários da ESF: “[...] Já marquei bingo para eles se divertirem até



*na minha residência, porque fica próximo, mas para sair para um local um museu, um cinema fica um pouco complicado, porque precisa de transporte.”* (ASG-1). Este envolvimento profissional pode ser devido a própria expansão do acesso e da entrada dos profissionais que a Estratégia da Saúde da Família favorece, transcendendo muitas vezes a organização e estrutura do serviço, causando desafios inclusive no saber-fazer profissional.<sup>102</sup>

Na seguinte fala das entrevistadas dos gestores é citado que desde a PNSI foram realizadas diversas atividades junto aos idosos como grupos de trabalhos manuais, visitas a locais públicos municipais e fora do município. Confirma-se esta dificuldade quando é relatado que as ações não são sempre contínuas e que dependem de iniciativas de cada equipe: “[...] Tem também grupos para estimular os idosos, trabalhos manuais, visitas em alguns locais públicos [...] viagem de ônibus [...] para fora do município, [...] coisas muito rituais. Depende mais de cada equipe pra se tomar iniciativa”. (G-5)

Será primordial à gestão municipal atual de Marília dar continuidade no que está realizando na nova tentativa de implementar a política do idoso, com o cuidado de estabelecer um protocolo específico ao idoso que garanta ações contínuas e direcionadas não somente às doenças, mas à pessoa do idoso, às suas necessidades diante do processo natural de envelhecimento. Para isto é necessário, como base de qualquer implementação, que todos os profissionais de saúde, independente de sua categoria, pautem suas práticas na clínica ampliada, favorecendo uma organização do processo de trabalho contemplando o idoso na sua integralidade em seu meio social e com a articulação dos diversos setores da rede pública Ainda com relação à presença de ações restritas e dificuldades de acesso temos discursos relacionados à organização do processo de trabalho, que limitam o acesso aos cuidados não só curativos, mas também preventivos, o que é totalmente contra os princípios que pautam a Estratégia Saúde da Família, como visto a seguir “[...] Processo de cuidado do idoso é falho, às vezes o idoso tá acamado, não pode vir na unidade e marca consulta pra daqui três meses [...], a pessoa idosa tem [...] que ser tratada com carinho e respeito [...].” (AE-1); “[...] Faz oito meses que estou aqui e não formamos nenhum grupo de idosos, mas vejo que tem unidades [...] que fazem ações [...] de caminhada, tem artesanato.” (ACS-1).

Desta forma, verificamos que estas dificuldades são de origem simples, mas de grande impacto no processo do cuidado interferindo diretamente na qualidade do cuidado e no desenvolvimento da política do idoso e consequentemente na concretização da Atenção Básica

em nosso país. Compreendemos que a realização de grupos proporcionam a vivência de situações que despertam as necessidades e são desenvolvidas ações que contemplam o bem-estar, interações sociais que elevam a autoestima, além do sentimento de respeito e de valorização.<sup>103</sup>

Marin et al.<sup>106</sup> ao exibirem que o modelo da ESF ainda tem como foco principal o atendimento à demanda, o que produz limitações ao cuidado com qualidade por diminuir a escuta qualificada, o vínculo e a responsabilização, atentam para a reprodução do modelo biologicista e nos remetem a pensar em razão desta nova realidade brasileira que estamos prestes a viver. O momento incita a revisão da formação acadêmica não só do médico, mas de todos os profissionais envolvidos com o idoso. Vale lembrar que faculdades brasileiras já têm optado por desarticular a disciplina do idoso da disciplina do adulto.

Por trás da concepção e importância do conhecimento está a necessidade do homem de reconceber suas práticas, especialmente aquelas ligadas à sua formação acadêmica. Faz-se necessário refletir o quanto o conhecimento influencia nas práticas profissionais devido à necessidade de que sua fundamentação ultrapasse os limites das disciplinaridade e de ações individuais com a finalidade de uma atuação articulada de forma mais integral.<sup>107</sup>

É evidente o quanto qualquer profissional, no caso, o profissional médico, precisa ter atrelada à sua formação acadêmica um conhecimento aprofundado acerca do envelhecimento, porque além de ser uma demanda futura a presença de muitos idosos no país, também é por entender que um profissional deve ter conhecimentos básicos e gerais, não fragmentados conforme ocorrem com as especialidades.

Ainda no quesito da formação profissional, no que tange à educação permanente, pelas entrevistas dos gestores temos a informação de que a maioria dos profissionais que realizaram a educação permanente em época anterior não está mais atuando na ESF e muitos dos profissionais que foram posteriormente contratados não foram capacitados, “[...] as unidades não foram preparadas, muitos profissionais foram inseridos e não foram capacitados [...]” (G-1)

Acrescentamos, conforme o relatório anual – 2011<sup>84</sup>, a ocorrência de realização de capacitações somente de uma categoria profissional, a médica, abrangendo apenas os médicos de uma especialidade. A PNSI foi apresentada somente aos profissionais locais e gestores, no entanto há necessidade de reflexão acerca da ocorrência da educação permanente dos envolvidos na saúde do idoso, não devendo caracterizar-se apenas como aspecto apresentativo e não abordar



uma parte dos atores sociais desta política, mas devendo também abranger os temas da cartilha do Ministério da Saúde, o que deduz não ser apenas um encontro.

Quanto à dificuldade de contratação o seguinte fragmento “[...] tem o agente tem que feita a visita lá a cada 15 dias, tinha grupos lá [...], acabou por conta que o agente tem que fazer bloqueio e arrastões, isso acabou interferindo e não teve mais como estar indo lá [...]” (ASB-1), possibilita observar uma realidade cada vez mais frequente não só no município de Marília. Podemos supor algumas causas para o fato de que os serviços da Estratégia da Saúde da Família têm apresentado dificuldades em atuar de acordo com suas diretrizes e princípios, tendo muitas vezes uma inadequação no dimensionamento de profissionais, havendo desfalques nas equipes de profissionais de distintas categorias, o que acarreta prejuízo à consolidação da Atenção Básica. Ao fundamentarmos na literatura ratifica-se esta situação que aponta a capacidade frágil em gestão dos profissionais da saúde.<sup>97</sup>

Outro fragmento que retrata tal dificuldade está relacionada aos problemas de contratação de profissionais especializados: “[...] a única dificuldade que passa no serviço público hoje pra criar [...] atendimento específico pro idoso, é a contratação de profissional especializado [...] contratam médicos recém-formados, [...] ficam temporariamente até conseguir uma especialização e saem e os que tem formação saúde da família [...] são leiloados pelos municípios”. (G-5)

Dados de estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte – MG, também apontam, dentre as várias dificuldades nos serviços públicos, a curta permanência de bons médicos na mesma cidade. No entanto Oliveira (2012) ressalta não ser este um problema local, e elenca outras circunstâncias que contribuem para esse quadro tais quais: a carência de oferta de médicos, as formas precárias de contratação, a infraestrutura material inadequada, a dinâmica da assistência caracterizada como burocrática e as condições sociopolíticas que frequentemente geram entraves para o desenvolvimento do processo de trabalho.<sup>108</sup>

A dificuldade de envolvimento de setores no cuidado à pessoa idosa foi citada tanto pelos gestores como pelos profissionais. Estes fragmentos retratam uma realidade considerada importante lacuna no cuidado; são os casos de negligência e violência: “[...] não há parceria forte entre a secretaria da assistência com a da saúde, [...] não se consegue trabalhar associados, tem muitos casos de negligência, [...] de violência contra eles, está tentando estruturar melhor essa parceria para que o trabalho seja mais integral.” (G-1) e “[...]”

*começamos aqui em 2011, denunciemos um idoso com maus tratos, não tivemos resultado [...] denunciemos mais dois casos não tivemos respostas por maus tratos da família. [...] a gente fica sem saber agir [...]” (ACS-2).*

Realidade alarmante em razão da necessidade de cada vez mais haver discussões acerca da intersetorialidade, pois a dificuldade de envolver outros setores no cuidado e a ausência de redes de serviços no sistema municipal, como identificado no próprio manual do Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>71</sup> e a forte presença de fragmentação do sistema de saúde municipal causada pela pouca cooperação entre os serviços de saúde. Isto só tende a contribuir para o aumento da violência contra o idoso, principalmente por saber que os principais violentadores são os próprios familiares. Caso preocupante devido ao envelhecimento rápido de uma população cada vez mais inativa.

Os fragmentos acima que evidenciam a falta de intersetorialidade no processo de trabalho nos faz refletir o quanto a ausência do retorno de outros setores diante de uma denúncia pode passar a ser um fator contribuinte para a diminuição ou a não realização de notificações das diversas tipologias de violência contra a pessoa idosa. E, conseqüentemente, o quanto este fato pode interferir na resolução dos casos de violação de direitos dos idosos e da presença de violências, pois é imprescindível conhecer as causas das distintas violências, que muitas vezes está relacionado à sobrecarga física e/ou emocionalmente do cuidador, falta de capacitação do cuidador e à mudança de perfil de cuidadores que temos presenciado, passando a ser atribuído este cargo cada vez menos à mulher, vista antigamente como a principal cuidadora de seus familiares.

Almeida et al.<sup>97</sup> consideram que a adoção de práticas que nem não só o idoso, mas os profissionais e seus familiares contribuem de forma mais eficaz na superação de situações relacionadas à violência. Confirma-se, pois que as organizações do processo de cuidado precisam ser pautadas no fortalecimento de sistemas de saúde coordenados e em redes, com cada setor contribuindo para as ações dos demais, uma vez que as necessidades e demandas variam.<sup>101</sup>

Tratando-se ainda deste assunto percebemos que em relação aos encaminhamentos há dificuldades de acesso a determinados setores, dependendo da rede estabelecida a este idoso: *“[...] Setores fora da unidade são muito pouco, a não ser quando ele já vai pra um setor terciário com uma indicação do PROID, [...] a gente aciona o sistema de fisioterapia da própria secretaria [...]” (ENF-1)*

Contudo, no município de Marília tem-se tentado estruturar melhor uma parceria para que o trabalho seja feito de forma mais integral. O NASF constituído por equipe multiprofissional além de ter como atribuição o apoio às equipes das unidades na reabilitação e na atenção integral ao idoso e às pessoas portadoras de deficiência, também intermediaria as USF aos conselhos, como o do idoso ao CREAS, ação que auxilia o cuidado a partir da ideia das redes de cuidado, como identificado na fala: “[...] tem o NASF, [...] somam junto às equipes [...] intervir junto aos conselhos [...] o conselho do idoso, CREAS.” (G-2)

A literatura informa que outras localidades possuem a mesma dificuldade como em estudo nordestino o qual destaca que a capacidade em gestão dos recursos humanos dos sistemas de saúde nem sempre é suficiente ou que haja meios que garantam condições de trabalho para a realização do cuidado com eficácia, qualidade e produtividade setoriais, situação agravada muitas vezes pela desarticulação existente entre os profissionais.<sup>97</sup>

Motta et al.<sup>101</sup> também apresentam a experiência de outros municípios brasileiros que apontam esta mesma dificuldade, a da consolidação de redes de atenção ao idoso.

Acerca do discurso de que há maior incentivo às ações de urgência/emergência “[...] o governo tem investido e paga mais os atendimentos de urgência [...] Porém, a própria população [...] quer isso [...] foi educada a chegar rapidamente no médico, [...] quer atendimento imediato [...] teria que fazer investimento muito maior na atenção básica” (G-5) é visto que a organização dos serviços de saúde de diferentes níveis de densidade tecnológica também é considerada como uma dificuldade do município, o que indiretamente estimula ainda mais hábitos inadequados de procura de serviços de saúde devido à cultura da população por contemplar mais este modo de atenção à saúde.

O Plano Municipal de Saúde (2010-2013) demonstra que Marília tem tentado reverter a centralidade do hospital ao reorganizar a rede básica e implantar o protocolo de acolhimento com classificações de risco nos serviços de saúde dos diversos níveis de densidade tecnológica.<sup>77</sup>

A literatura não contesta a afirmação de que o modelo da ESF mostra maior desempenho na Atenção à Saúde quando comparado ao modelo tradicional.<sup>19</sup> Por si só podemos dizer também o quanto o modelo da ESF propicia a prevenção e promoção da saúde, no entanto para que para seja efetiva é incontestável que guie seu planejamento organizacional do processo de trabalho e do cuidado através das suas diretrizes, pautada na gestão participativa, bem como sem práticas com resquícios do modelo de atenção anterior, o biomédico. Lamentavelmente não temos visto

um desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família de acordo com seus princípios e diretrizes presentes na legislação, o que se percebe é um interesse maior das esferas locais acerca das vantagens financeiras para os fundos orçamentários municipais.

Linck<sup>109</sup> corrobora com as ideias explanadas ao advertir que o modelo curativo ainda não foi superado, afirmando a existência de privilégios no setor de urgência ao relatar que tem sido menos estimulado o investimento em cuidados preventivos e de promoção. Ainda alega que na sociedade pós-moderna é valorizada a figura do jovem em detrimento do idoso, o que pode refletir na gestão do cuidado no que tange à falta de estrutura na Saúde da Família para acolher esta faixa etária.

No tocante às dificuldades de gestão os fragmentos “[...] especificidade muito grande porque procura trabalhar a autonomia da organização do trabalho nas equipes, tem equipes com número de idosos maiores e tem outras com números menores [...] realidade de cada território. [...] cada equipe discute a organização [...] tendo o idoso como prioridade [...]”. (G-4) e “[...] temos uma população flutuante, [...] pegamos pouca população economicamente ativa, pegamos muitas crianças e muitos idosos [...] os outros saem pra trabalhar e quando voltam a unidade não tá aberta, quando saem não tá aberta. Processo de cuidado para o idoso é bem específico [...]” (ME-1) nos levam a identificar como dificuldades as diferentes organizações do processo de trabalho nas UESF do município de Marília relacionadas às especificidades existentes geradas por fatores como a característica de cada área de abrangência, tipo de gestão entre a macro e microgestão no que concerne à autonomia, como também à visão do processo saúde-doença.

Considerada como dificuldade, pois sabemos da importância da autonomia dos serviços de saúde por propiciar maior atuação no planejamento local das reais necessidades. No entanto, indagamos até que ponto esta autonomia concedida provém de uma gestão participativa com corresponsabilização das equipes nas ações propostas ou porque a macrogestão possui dificuldades em realizar suas atribuições junto aos serviços locais, uma vez que não há um plano de ação específico ao idoso. Ressaltamos o quanto seria imprescindível na atual gestão pensar a respeito da elaboração deste plano.

Podemos considerar que esta situação pode contribuir para a não efetivação da política neste município; o fragmento a seguir nos auxilia nesta reflexão, “[...] algumas equipes começaram, fizeram grupos, entregaram carteiras, teve que parar porque não tinha mais. Outras viram que

*era pouco e nem começaram a distribuição, começaram algumas ações voltadas ao idoso [...]”* (G-3).

Além disso, os participantes do estudo indicam que as diferenças existentes entre as unidades também dependem das características e necessidades da comunidade, os fragmentos abaixo demonstram esta afirmação e nos permitem perceber que a visão do processo saúde-doença também causa estas diferenças nas organizações, como o primeiro fragmento que expõe uma visão mais ampliada do cuidado e o segundo, um olhar mais curativo, “[...] dependendo da característica da comunidade cada equipe considera um tipo de condição para fazer visita. [...] já tive situações [...] que mora um idoso sozinho [...] que vai no mercado, mas a equipe considera que tem que fazer visita, não é só o acamado, [...] está mudando esse olhar para a prevenção[...].”(G-3) e “[...] nessa unidade que tô a gente não trabalha com grupo, a gente presta o cuidado ao idoso, orientando, medicações, essas questões mais da parte da enfermagem [...]feridas, [...] a parte mais curativa do paciente. (AE-3).

Tal formato de organização pautada numa visão mais ampliada do processo saúde-doença valorizada pela Estratégia Saúde da Família é estabelecida para consolidar a Atenção Básica, em que se busca essencialmente promover a saúde e a qualidade de vida, favorecendo a corresponsabilidade do indivíduo, família e comunidade.<sup>89</sup>

Da mesma forma, Cecílio<sup>41</sup> admite que ao organizar o cuidado, devemos considerar a dimensão familiar, pela importância das relações sociais no processo saúde-doença, incluindo a complexidade dos laços familiares no cuidar. Trazendo esse conhecimento para a nossa realidade afirmamos o quanto é desejável um envelhecimento saudável, pois as doenças e dependências são apontadas como as causas de conflitos familiares o que demanda muito mais apoio das equipes das ESF.

Seria incoerente não repensarmos os modos de agir diante do novo perfil epidemiológico, sendo que o envelhecimento ativo deve ser o principal objetivo destas políticas. As ações da Atenção Básica como a promoção e a proteção à saúde sob o olhar da clínica ampliada são necessárias em nosso país.

Não obstante, vimos nos fragmentos das falas dos participantes a sinalização de que ainda há predomínio do modelo biomédico, revelando maior ênfase de atendimentos de casos agudos, centrados na doença: “[...] é difícil para a unidade dar assistência diária a esse paciente porque tem outras demandas. [...] acabam atendendo mais o idoso que chega na unidade com crise

*hipertensiva. [...] trabalho de prevenção é prejudicado, acaba atendendo mais quando o paciente está com algum problema agudo [...] são a maioria dos atendimentos mesmo, idoso vai bastante na unidade” (G-1) e “[...] casa do caminho [...] solicita cuidado de saúde, consulta, exame, encaminhamento, muita gente, muitos são dependentes [...]. Não tem lazer é o que falei, não tem programa que consigo trazer mais informação de educação para esses idosos, acaba fazendo esse tipo de atividade.” (ENF-1).*

O que se contempla no Plano Municipal (2010-2013) é que o município estava num momento de reorganização da rede básica, tentado reverter a centralidade do hospital e da atenção individual e curativa diante de situações agudas ou crônicas agudizadas.<sup>77</sup> Neste mesmo documento municipal é relatado que houve um decréscimo de atividade educativa em saúde, seja em grupos ou individuais, o que poderia auxiliar na diminuição da demanda espontânea de casos de doenças crônicas agudas. O documento apresenta como causa desta situação a nova organização em que situações de baixa complexidade passaram a ser direcionados às ESFs e não mais ao pronto socorro.<sup>77</sup>

O Ministério da Saúde<sup>88</sup> vislumbrando a clínica ampliada no cuidar alerta para a necessidade de mudanças no contexto atual do setor da saúde procurando a produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa por meio de recursos como ações coletivas na comunidade com participação dos usuários nas redes sociais e a realização de grupo.

Cecílio<sup>41</sup> afirma que esta organização do cuidar inclui a dimensão individual, mas a partir da premissa da autonomia do indivíduo, da corresponsabilidade, sendo a pessoa um ser ativo em sua saúde.

A segunda dimensão relatada por este autor relaciona-se à prática organizacional do cuidado (“dimensão organizacional”) em que afirma o que já foi discutido sobre as novas formas de gestão, marcada pela valorização da atuação por equipes interdisciplinares, no entanto, marcante pelo desafio da necessidade de configurar esta prática de forma que os vários atores profissionais entrelacem seus saberes distintos. Contudo, para que uma organização do processo do cuidado seja efetiva são necessárias várias outras vertentes como: o estabelecimento de fluxos dos indivíduos, as contrarreferências, a implementação e operacionalização de normas dos processos de trabalho, bem como apreciar e fazer parte das rotinas de trabalho o registro dos cuidados, uso das informações para planejamento e tomada de decisões, além da promoção de espaços para interação entre profissionais e pacientes.<sup>39-40</sup>

Na atual pesquisa, por meio dos discursos, identificamos ações para a implantação da política primeiramente em unidades pilotos, através do sistema de cadastro dos idosos e adequação das cadernetas, notamos a presença de uma prática da organização do cuidado, aspectos da dimensão organizacional discutida anteriormente.

Embora devamos insistir na interdisciplinaridade, a forma como é feita a tomada de decisões, e entre outros a promoção de espaços para a interação entre profissionais e pacientes, é algo ainda a ser desenvolvido, uma vez que não é uma atividade realizada em todas as ESF.

Costa e Ciosak<sup>94</sup> discutem a organização do cuidado e em seu estudo assinalam a atenção integral na saúde do idoso do Programa Saúde da Família, alertando para o fato de que, muitas vezes, os próprios idosos não acreditam que as ações do setor de saúde vão contribuir para melhorar suas vidas ou dar-lhes mais capacidade para o enfrentamento dos problemas cotidianos.

Os autores mostram que as vivências dos idosos precisam ser valorizadas pelos profissionais/sociedade e pelo próprio paciente a fim de desenvolver uma autonomia, principalmente por ocorrer cada vez mais o abandono desta população, principalmente por seus familiares.

Esta colocação nos faz refletir sobre a autonomia discutida até agora como primordial para o desenvolvimento do envelhecer ativo, mantida ainda neste status, pois o que os autores transmitem é o importante papel da sociedade no que concerne à concretização do desenvolvimento da autonomia do ser idoso. Cabe-nos a conscientização de que, com o passar dos anos, a situação mencionada por Costa e Ciosak<sup>94</sup> tende a exacerbar-se, caso as famílias, com suas novas configurações e papéis, não se conscientizarem sobre o seu papel diante do seu idoso. O mesmo é válido para os profissionais caso não passem a se fundamentar nas diretrizes da clínica ampliada.

Para finalizar sobre a organização do processo do cuidado destacamos a dimensão societária vislumbrada por Cecílio<sup>41</sup>, por focar no fazer das políticas públicas no tocante ao papel de cada ator social, seja qual for sua esfera de atuação diante da formulação, implementação e operacionalização. Constatamos que na organização da PNSI do município de Marília, há várias ações sendo planejadas, outras sendo operacionalizadas, no entanto percebemos durante a análise dos dados que há superficialidade da realização das ações frente à proposta do programa. Notamos que há possibilidade da realização da gestão entre os gestores e profissionais da base

como apresentado pelo fragmento “[...] um levantamento foi pedido para as unidades quanto às *dificuldades e facilidades de atendimento do idoso.*” (G-1)

Identificamos que seria importante investir e aprofundar os instrumentos de gestão com os profissionais das Unidades de Saúde da Família, com a intenção de apropriar-se das situações de saúde dos territórios das unidades da ESF conseguindo desta forma identificar as necessidades atreladas às famílias e aos idosos. Desta forma, há uma possibilidade de participação dos profissionais das unidades de saúde na operacionalização da política, por haver uma participação multiprofissional e ao mesmo tempo estimular uma participação interdisciplinar com suas trocas de saberes na organização do cuidado.



## 5 CONCLUSÕES

A partir da proposição de verificar as ações da Saúde do Idoso por meio da Política Nacional do Idoso na esfera das Unidades da Estratégia Saúde da Família, da compreensão de como o município estruturou estas ações e da análise do processo de trabalho das equipes das UESF acerca do cuidado prestado às necessidades de saúde dos idosos, percebemos que as ações do Programa de Atenção à Pessoa Idosa no município de Marília têm enfrentado dificuldades no seu processo de implementação. Conforme destacamos no pressuposto o município não adotou práticas específicas no cuidado ao idoso realizadas nas unidades de saúde, não apresentou um programa de formação dos profissionais que abrange toda a equipe, mas focou hegemonicamente em práticas do modelo biomédico.

Considerando que a concepção do processo de envelhecimento pode interferir diretamente no desenvolvimento do planejamento e implementação das ações, identificamos que os participantes concebem o envelhecer sob os diversos aspectos: biológico, ambiental, cronológico, legal, financeiro, bem como os relacionados à autonomia e independência do desgaste natural do corpo humano.

Igualmente o conhecimento do perfil demográfico da população idosa do município também é importante no desenvolvimento da política, sendo verificado que este conhecimento é diverso entre os entrevistados. Existem caracterizações mencionando a sua predominância com características crescentes, sendo similares a outras regiões do país, como também há discursos que apenas revelam algum conhecimento, sendo estes embasados a partir de observações do aumento do acompanhamento/demanda dos idosos nas unidades de saúde e da concentração maior desta população em bairros mais antigos.

Este conhecimento breve do perfil demográfico pode constituir uma apropriação inadequada dos profissionais da saúde em sua atuação dentro das expectativas da Atenção Básica. Lembramos da importância da sua apropriação e concretização para o fortalecimento de distintas políticas públicas, essenciais para o envelhecimento saudável esperado para um futuro próximo pautados nos princípios de cuidados preventivos e da promoção da saúde.

Quanto à Gestão e à Organização do Trabalho para o cuidado à pessoa idosa, notamos tanto nas falas dos profissionais como nas dos gestores, que no município de Marília houve um processo de implementação da Política Nacional do Idoso, contudo, com visões distintas, uma

vez que os profissionais dos serviços locais atribuem a implementação de forma superficial e são possuidores de conhecimentos distintos em relação ao início da organização e/ou implementação das ações, diferentemente dos gestores que demonstram ter ocorrido três movimentos até o momento presente.

Atualmente, percebemos um planejamento mais avançado com uma enfermeira específica para as ações do idoso. Foi proposta a implementação diferenciada da PNSI, realizando um diagnóstico da saúde do idoso, planejando ações como escolhas de unidades piloto e um levantamento da quantidade de idosos a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), partindo para a confecção de cadernetas adequadas ao município.

O financiamento do programa do idoso apenas foi questionado aos gestores, e constatamos dois núcleos, o desconhecimento e o conhecimento breve acerca do financiamento deste programa. Somente quando os gestores se apropriarem do processo de financiamento acerca deste programa, este poderá auxiliar na sua atribuição enquanto gestor, podendo fundamentar as proposições da área e potencializar a captação de recursos nas esferas adequadas.

No cenário das unidades de saúde destacamos atuações profissionais com uma prática tendo a possibilidade da clínica ampliada fazendo uso de dados do território, vendo o idoso na sua singularidade dentro deste território dinâmico, como também observamos práticas centradas no modelo biomédico, como, por exemplo, abordagem do idoso somente pela sua doença.

Os discursos tanto afirmam que os cuidados a esta população são realizados por parte de profissionais que compõem a equipe, como também pela equipe na sua totalidade, não havendo a existência de um profissional específico, sendo citado também vários profissionais que muitas vezes não têm suas práticas contempladas na organização do trabalho.

Quanto à participação de outros setores no processo do cuidado junto às equipes, foram descritas algumas participações como aquelas diante da situação de violência, do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e que as equipes da Atenção Básica e os serviços de apoio necessitam construir um processo de organização do trabalho do cuidado à pessoa idosa, de forma que possam se constituir em uma rede de cuidado.

São apresentadas ainda as dificuldades na realização do cuidado no município, sendo essas de origens distintas, podendo citar a falta de ações específicas; ações de cuidados restritas e dificuldades de acesso; despreparo na formação dos profissionais; dificuldades na contratação;

dificuldades na gestão; nas ações intersetoriais; e presença de incentivo às ações de urgência e emergência, como também dificuldades de realização de ações na área de prevenção.

A fragmentação do sistema de saúde, fator para a existência de várias dificuldades, já foi diagnosticada pelo município e este tem tentado estruturar melhor uma parceria para que o trabalho seja feito de forma mais integral. O NASF deverá ser um forte mediador, pois é constituído por equipe multiprofissional além de ter como atribuição o apoio às equipes das unidades na reabilitação e na atenção integral ao idoso e às pessoas portadoras de deficiência, também intermediada pelas USF e outros serviços como conselhos e os CREAS. Porém, como mencionado anteriormente, há necessidade de se constituir em uma rede de cuidados, para produzir o cuidado fundamentado na lógica das necessidades do sujeito, para sua autonomia, construindo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a equipe de referência da Atenção Básica na intenção também de formar os profissionais que cuidam diretamente dos idosos na unidade de saúde.

Por ter emergido a dificuldade de gestão no que tange às diferentes organizações do processo de trabalho nas UESF do município de Marília relacionadas às especificidades existentes geradas por fatores como a característica de cada área de abrangência, tipo de gestão entre a macro e microgestão no que concerne à autonomia, como também a visão do processo saúde-doença, indagamos até que ponto esta autonomia concedida provém de uma gestão participativa com responsabilização das equipes nas ações propostas ou porque a macrogestão possui dificuldades em realizar suas atribuições junto aos serviços locais, uma vez que não há um plano de ação específico ao idoso.

É imprescindível que a atual gestão pense a respeito da elaboração deste plano, investindo e aprofundando os instrumentos de cogestão com os profissionais das unidades de saúde da família, com a intenção de apropriar-se das situações de saúde dos territórios das unidades da ESF conseguindo desta forma identificar as necessidades atreladas às famílias e aos idosos. Desta forma, há uma possibilidade de cogestão, ao estimular a participação dos profissionais das unidades de saúde na operacionalização da política, por haver uma participação multiprofissional e ao mesmo tempo estimular uma participação interdisciplinar com suas trocas de saberes na organização do cuidado.

Notamos que Marília está caminhando para isso quando propõe modificação do formato da caderneta a partir do levantamento das dificuldades encontradas nesse processo.

Seria incoerente não repensarmos os modos de agir diante do novo perfil epidemiológico, uma vez que o envelhecimento ativo deve ser o principal objetivo destas políticas. As ações da Atenção Básica como a promoção e a proteção à saúde sob o olhar da clínica ampliada são necessárias em nosso país. Ressaltamos nesta pesquisa que há a realização de ações como ênfase nos atendimentos de casos agudos e centrados na doença e não na integralidade da pessoa idosa, o que sinaliza ainda um predomínio do modelo biomédico. Em documento oficial e municipal é verificado que o município está num momento de reorganização da rede básica, tentando reverter a centralidade do hospital e da atenção individual e curativa diante de situações agudas ou crônicas agudizadas

Será primordial à gestão municipal atual de Maritlia dar continuidade no que está realizando, numa nova tentativa de implementar a política do idoso, com o cuidado de estabelecer um protocolo específico ao idoso que lhe garanta ações contínuas e direcionadas não somente às doenças, mas às suas necessidades diante do processo natural de envelhecimento.

Para isto é necessário como base de qualquer implementação que todos os profissionais de saúde, independente de sua categoria, pautem suas práticas na clínica ampliada, favorecendo uma organização do processo de trabalho contemplando o ser idoso na sua integralidade em seu meio social e com a articulação dos diversos setores da rede pública.

Visto que dificuldades na implantação e implementação da PNPI não é meramente realidade do município em questão, consideramos que esta dissertação contém diversos dados diagnósticos que podem auxiliar esta nova etapa de gestão que o município se encontra, sendo este referência no setor da saúde em geral e do idoso no âmbito regional.

## REFERÊNCIAS

1. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogni MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005 [citado 27 julh 2011]; 39(2): 231-37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000200014&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200014&lang=pt&lng=)
2. Moraes, E.N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Brasília: Coopmed, 2008.
3. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. São Paulo: IESS [org], 2013. [citado 06 abr 2013]. Disponível em: [www.iless.org.br/envelhecimento2013.pdf](http://www.iless.org.br/envelhecimento2013.pdf)
4. Fundação Sistema Estadual de análise de dados. SP: Demográfico, resenha de estatísticas vitais do estado de São Paulo. Ano 10 – nº 3 [Internet] 2010. [citado 27 jul 2011] Disponível em: [http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/abr2010/spdemog\\_abr2010.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/abr2010/spdemog_abr2010.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2010. [citado 27 jul 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>
6. Minayo MCS, Coimbra CEA org. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
7. Santos GA. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. Rev Virtual Textos & Contextos [Internet]. 2002 [citado 27 jul 2011];(1):1-12. Disponível: <http://revistaseltronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/File/937/917>.
8. Camarano AA, Pasinato MT. Introdução. In: Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2004. p. 1-22. [citado 10 abr 2012]. Disponível em: [www.ipea.gov.br/sites/000/2/ivros/.../Arq\\_04\\_Introducao.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/ivros/.../Arq_04_Introducao.pdf)
9. González CRA. “A Promoção da Saúde como Caminho para o Envelhecimento Ativo: o cuidado ao hipertenso em um centro de saúde escola” [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2008. 124 p. [citado 20 abr 2013]. Disponível em: [http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?output=site&lang=pt&from=0&sort=weight%2Bdesc%252Cscore%2Bdesc&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=A+Promo%C3%A7%C3%A3o+da+S](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?output=site&lang=pt&from=0&sort=weight%2Bdesc%252Cscore%2Bdesc&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=A+Promo%C3%A7%C3%A3o+da+Sa%C3%BAde+como+Caminho+para+o+Envelhecimento+Ativo&index=)
10. Bruno IMSM. Operacionalização das políticas de atenção ao idoso: um olhar avaliativo sobre algumas experiências no município do Rio de Janeiro [dissertação na internet]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009. 80f. [citado 27 julh 2011] Disponível em: [http://www.ressins.uej.br/ldbv/docsonline/pdf/Bruno\\_liliane.pdf](http://www.ressins.uej.br/ldbv/docsonline/pdf/Bruno_liliane.pdf).

11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde [Internet]. 2005 [citado 27 jul 2011]. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
12. Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso na UnATI/UERJ [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouxa do Rio de Janeiro; 2004. 220 p. [citado 27 jul 2011]. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseMonicaAssis.pdf>.
13. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Maitos RA, organizador. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde [Internet]. Ministério da Saúde (BR); 2009. [citado 27 julh 2011]. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)
15. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2004 [citado 20 mar 2012];9(2): 423-32. Disponível: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200018&lang=pt&tlng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200018&lang=pt&tlng=)
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde (BR); 2001. [citado 05 jul 2011]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao\\_municipal\\_de\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf).
17. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-35.
18. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. 3a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
19. Carvalho CIA, Assunção RC, Bocchi SCM. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto a assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. Physis Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado 21 mai 2013];20(4): 1307-24. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400013)
20. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo de atenção. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 1997. [citado 19 mar 2012]. Disponível em: [http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)
21. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: Integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [citado 21 mai 2013];12(2):363-72. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200012)
22. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica ampliada. Mundo Saúde [Internet]. 2009 [citado 21 mar 2012];33(2):195-204. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>

23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 21 mar 2012]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
24. Montrone AVG, Fabro MRC, Bernasconi PBS. Grupo de apoio a amamentação com mulheres da comunidade: relato de experiência. Rev. APS [Internet]. 2009 [citado 21 mar 2012];12(3): 357-62. Disponível em: <http://www.aps.ufrj.br/index.php/aps/article/view/303/235>
25. Oliveira IML, Tunin ASM, Silva FCS. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. Rev. APS [Internet]. 2008 [citado 19 mar 2012];11(4): 362-73. Disponível em: <http://www.aps.ufrj.br/index.php/aps/article/view/Article/394>
26. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2010 [citado 20 mar 2012];62(6):862-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500013&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500013&lang=pt&lng=)
27. Costa IS. Da mudança de modelo ao modelo de mudanças. Um estudo sobre o curso introdutório do PSF. [dissertação na internet]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008. 98 p. [citado 20 mar 2012]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>
28. Campos GWS. Cogestão e neocartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado 21 mar 2012];15(5):2337-44. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lang=pt&lng=)
29. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [citado 20 mar 2012];4(suppl):1493-97. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800022&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800022&lang=pt&lng=)
30. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma região metropolitana do nordeste brasileiro. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Internet]. 2006; [citado 21 mar 2012];6(4):437-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000400011&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000400011&lang=pt&lng=)
31. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moyses SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. Saúde Soc. [Internet]. 2009; [citado 21 mar 2012];18(3):515-24. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lang=pt&lng=)
32. Camacho ACLF. A Gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2002; [citado 21 mar 2012];10(2):229-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000200016&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200016&lang=pt&lng=)

33. Souza DRP, Souza MBB. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Rev. Eletrônica Enferm.* [Internet]. 2009 [citado 21 mar 2012];11(1): 117-23. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>
34. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2001;35(1):103-09 [citado 21 mar 2012]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lang=pt&lng=](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lang=pt&lng=)
35. Andrade LOM, Barreto ICHC, Goya N, Martins Júnior T. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. *Rev. de Políticas Públ. de Sobral* [Internet]. 2004; ano 5,n1 [citado 21 mar 2012]. Disponível em: [http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare\\_v5\\_n1.pdf](http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare_v5_n1.pdf)
36. Santos MAM, Cutolo LRA. A Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina* [Internet]. 2004 [citado 21 mar 2012]. 33(3):31-40 Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>
37. Marques JB, Aprígio DP, Mello HLS, Silva JD, Pintol LN, Machado DCD et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. *Rev. Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado 21 mar 2012];1(2):246-55 Disponível em: [http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=Juliana%20Bittencourt%20Marques&where=ALL&index=&lang=pt&\\_charset\\_=iso-8859-1](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=Juliana%20Bittencourt%20Marques&where=ALL&index=&lang=pt&_charset_=iso-8859-1)
38. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes do NASF- Núcleo de apoio a saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2009. [citado 06 abr 2013]. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/.../caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)
39. Cecílio LCO. A morte de Ivan Illich, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009[citado 20 mar 2012];13(suppl 1):545-55 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lang=pt&lng=)
40. Cacapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AI, Aranha e Silva AI, Vargas D et al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [citado 21 mar 2012];43(Esp 2):1256-60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600019&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600019&lang=pt&lng=)
41. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011[citado 05 abr 2012];15(37):589-99 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lang=pt&lng=)



42. Campos, GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Rev Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 [citado 05 abr 2012];16(7):303-40. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lang=pt&tlng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lang=pt&tlng=)
43. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* [Internet]. 2010 [citado 05 abr 2012];14(34): 593-605 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lang=pt&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lang=pt&tlng=)
44. Cecílio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [citado 05 abr 2012];26(3):557-66. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000300013&lang=pt&tlng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300013&lang=pt&tlng=)
45. Villela WV et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 20 mar 2012]; 25(6):1316-24. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600014&lang=pt&tlng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600014&lang=pt&tlng=)
46. Mendes AG. Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [citado 05 abr 2012];14 suppl:1627-28 Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800037&lang=pt&tlng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800037&lang=pt&tlng=)
47. Veras CLSM, Vianna RPT. Desempenho de municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica - 2005. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2009 [citado 19 mar 2012];18(2):133-40 Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742009000200004&lang=pt&arm=iso&tlng=](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200004&lang=pt&arm=iso&tlng=)
48. Campos GWS. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais?. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [citado 20 mar 2012];13 suppl 2:2019-21 Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900003&lang=pt&tlng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900003&lang=pt&tlng=)
49. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde soc.* [Internet]. 2011 [citado 20 mar 2012];20(4):961-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&tlng=)
50. Bueno D, Siebert M. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2008 [citado 20 mar 2012];11(4):468-73. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/175/145>
51. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS org, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2007.p. 9-30
52. Barros EJT, Santos SSC, Erdmann AL. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2008 [citado 03 abr 2012]; 21(4): 595-601. Disponível

- em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000400010&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400010&lang=pt&lng=)
53. Mello ALSF, Erdmann AL. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos. *Physis* [Internet]. 2007 [citado 03 abr 2012];17(1):139-56 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-733120070001000008&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-733120070001000008&lang=pt&lng=)
54. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas (SP): Papirus; 1993 apud Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2002 [citado 03 abr 2012];10(6):757-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000600002&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600002&lang=pt&lng=)
55. Minayo MCS. Metodologias de pesquisa social e em saúde In: Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.p. 39-53.
56. Yuni NE, Tronchin DMR. Qualidade assistencial na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 331-338
57. Thume E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [citado 13 març 2012];4(6):1102-11. Disponível [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000600016&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600016&lang=pt&lng=) em:
58. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2005 [citado 20 març 2012];39(2):311-18 Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000200025&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200025&lang=pt&lng=)
59. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. [Internet], Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR);2010 [citado 19 març 2012]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)
60. Feuerwerer LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [citado 03 abr 2012]; 12(4):965-71. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lang=pt&lng=)
61. Silva KL et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnossistencial. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [citado 03 abr 2012];44(1):166-76. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lang=pt&lng=)
62. Piccini RX et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2006 [citado 03 abr 2012];11(3):657-67.

- Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200600300014&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200600300014&lang=pt&lng=)
63. Rodrigues MAP et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 03 abr 2012];24(10):2267-78. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001000008&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000008&lang=pt&lng=)
64. Pereira MJB et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2011[citado 03 abr 2012];32(1):48-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=)
65. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 03 abr 2012];24(8):1727-742. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lang=pt&lng=)
66. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Sant SC. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 [citado 27 jul 2011]; 44(4):962-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400015&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400015&lang=pt&lng=)
67. Brandão VMAT, Mercadante EF. Envelhecimento ou longevidade? São Paulo: Paulus; 2009.
68. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care* [Internet] 2011[citado 02 jun 2013];19(6):369-89. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Primary+care+and+care+for+older+persons%3A+position+paper+of+the+European+Forum+for+Primary+Care>
69. Chappell NL, Hollander MI. An evidence-based policy prescription for an aging population. *Healthc Pap.* [Internet] 2011 [citado 02 jun 2013];11(1):8-18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464622>
70. Hughes J, Reilly S, Berzins K, Abell J, Stewart K, Challis D. Emergent approaches to care coordination in England: exploring the evidence from two national organizations. *Care Manag J.* [Internet] 2011 [citado 02 jun 2013];12(4):194-201. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Emergent+approaches+to+care+coordination+in+England%3A+exploring+the+evidence+from+two+national+organizations.>
71. Fimmbakk E, Skovdahl K, Blix ES, Fagerström L. Top-level managers' and politicians' worries about future care for older people with complex and acute illnesses: a Nordic study. *Int J Older People Nurs* [Internet] 2012 Jun [citado 02 jun 2013];7(2):163-72. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Top-level+managers'+and+politicians'+worries+about+future+care+for+older+people+with+complex+and+acute+illnesses%3A+a+Nordic+study>

72. Park JM. Equity of access to primary care among older adults in Incheon, South Korea. *Asia Pac J Public Health* [Internet] 2012 nov; [citado 02 jun 2013];24(6):953-60. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Equity+of+access+to+primary+care+among+older+adults+in+Incheon%2C+South+Korea>
73. Wei X, Zakus D, Liang H, Sun X. The Shanghai case: A qualitative evaluation of community health reform in response to the challenge of population ageing. *Int J Health Plann Manage* [Internet] 2005 Jul-Sep [citado 02 jun 2013];20(3):269-86. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+Shanghai+case%3A+A+qualitative+evaluation+of+community+health+reform+in+response+to+the+challenge+of+population+ageing.->
74. Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 157-184.
75. Minayo MCS. Correntes do pensamento. In: Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.p. 81-142.
76. Faculdade de Medicina de Marília. Secretaria da Saúde de Marília. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET- SAÚDE – Maman- anos letivos 2010 – 2011. Marília (SP) Faculdade de Medicina de Marília; 2010.
77. Marília. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. 81 p. Marília (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
78. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, IBGE [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 21 mai 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=352900>
79. Minayo MCS. Construção dos instrumentos e exploração de campo. In: Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 189-203.
80. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 2013 ago 03]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>
81. Fontanela BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em: 03 abr 2012]; 24(1): 17-27. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lang=pt&lng=)
82. Deslandes SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MCS org, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007.p.31-60.
83. Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS org, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007.p. 61-77.
84. Marília. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório de Gestão-Período de Janeiro a dezembro de 2011. 35 p. Marília (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2010.

85. Minayo MCS. Parte V: Fase de Análise do material qualitativo. In: Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.p. 299-303
86. Minayo MCS. Técnicas de análise do material qualitativo. In: Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 303-60.
87. Fernandes HCL et al. Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [citado 20 abr 2013]; 44(3):782-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300033](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300033)
88. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2007. [citado 20 abr 2013]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
89. Carolino JÁ, Soares ML, Cândido GA. Envelhecimento e cidadania: possibilidades de convivência no mundo contemporâneo. Rev Qualit@S Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 [Internet]. 2011 [citado 20 abr 2013];1(1):1-11. Disponível em: <http://www.nepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/1182/597>
90. Rodrigues MC. Envelhecimento: uma concepção do desenvolvimento como inacabado. Rev. Brás. Cresc. Desenv. Hum. [Internet]. 2002 jan.-jul [citado 20 abr 2013]; 12(1):64-67. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?output=site&lang=pt&from=0&sort=weight%2Bdesc%252Cscore%2Bdesc&format=summarly&count=&fb=&page=1&q=uma+concep%C3%A7%C3%A3o+do+desevolvimento+como+inacabado&index=>
91. Kanashiro M.M. Envelhecimento Ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de Instituições de Longa Permanência Amiga da Pessoa Idosa. [dissertação na Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012. 75 p. [citado 01 ago 2013]. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/.../KANASHIRO\\_MM\\_publico.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/.../KANASHIRO_MM_publico.pdf)
92. Castro MR, Vargas S L. A Interação/Atuação da Equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a População Idosa Adscrita. PHYSSIS: Rev. Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [citado 20 abr 2013]; 15(2):329-51. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000200008)
93. Santana RF, Santos I. Como tomar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2005 abr-Jun [citado 20 abr 2013];14(2):202-12. Disponível em: <http://www.textocontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=177&article=77&mode=pdf>
94. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [citado 20 abr 2013]; 44(2):437-44. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200028)
95. Queiroz BI, Tura CM. Window of opportunity: socioeconomic consequences of demographic changes in Brazil, 2010 apud Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS. Envelhecimento

- populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. São Paulo: IESS [org]. 2013. [citado 21 mai 2013]. Disponível em: [www.iess.org.br/envelhecimento/2013.pdf](http://www.iess.org.br/envelhecimento/2013.pdf)
96. Rodrigues RA, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Rosset-Cruz J, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2007 Jul-Set [citado 20 abr 2013]; 16(3): 536-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300021)
97. Almeida STG et al. Atenção a pessoa idosa: fatores que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde na atenção básica. Rev. de Pesq. Cuid. Fundam. Online [Internet]. 2011 dez [citado 20 abr 2013]; (Ed. Supl.): 135-144. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1972/pdf\\_534](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1972/pdf_534)
98. Miyata DF et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. Arq. Ciênc. Saúde Unipar [Internet]. 2005 mai./ago [citado 20 abr 2013]; 9(2):135-9. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/idoso/Documents/Artigos%20e%20Documentos%20%20Relacionados/PolProglDs.pdf>
99. Drachler MI, Côrtes SMV, Castro JDC, Leite JCC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(2): 461-70 apud Oliveira DC, Silva EM. Cuidado ao idoso em Campinas-SP: estudo qualitativo com gestores e representantes políticos. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2012 nov-dez; [citado 20 abr 2013];65(6):942-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200011)
100. Sacardo DPS, Gonçalves CCM. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (Org.) Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Adernaldo e Rothschild; 2007, p. 111-129 apud Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. Physis Revista de Saúde Coletiva [Internet] 2010 [citado 20 abr 2013];20(4):1079-97. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002)
101. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 abr [citado 20 abr 2013]; 27(4): 779-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017)
102. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. Physis Revista de Saúde Coletiva [Internet] 2010; [citado 20 abr 2013]; 20 (4): 1079-97. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002)
103. Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 [citado 20 abr 2013]; 41(4):724-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/25.pdf>

104. Moliterno ACM, Faller JW, Borghi AC, Marcon SS, Carreira L. Viver em família e qualidade de vida de idosos da Universidade aberta da terceira idade. *Rev. Enferm. UERJ* [Internet]. 2012 abr/jun [citado 20 abr 2013]; 20(2):179-84. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a07.pdf>
105. Combinato DS. “Grupos de conversa”: saúde da pessoa Idosa na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade* [Internet]. 2010 [citado 20 abr 2013]; 22 (3): 558-68. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a16.pdf)
106. Marin MJS, Marques APMF, Feres BOM, Saraiva AKH, Druzian S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2008 [citado 20 abr 2013]; 11(2): Disponível em: [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=\\$1809-98232008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=$1809-98232008000200009&lng=pt&nrm=iso)
107. Lodovici FMM, Silveira NDR. Interdisciplinaridade: desafios na construção do conhecimento gerontológico. *Rev. Estud. Interdiscipl. envelhec.* [Internet]. 2011 [citado 20 abr 2013]; 16(2): 291-306. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?output=site&lang=pt&from=0&sort=weightv%2Bdesc%252Cscore%2Bdesc&format=summarly&count=20&fb=&page=1&q=Interdisciplinaridade+desafios+na+constru%C3%A7%C3%A3o+do+conhecimento+gerontol%C3%B3gico&index=>
108. Oliveira ACD. O Serviço Público de Saúde no Município de Bambuí, Minas Gerais: a Visão do Usuário Idoso [dissertação na Internet] Belo Horizonte (BH): Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou; 2012. 89 p. [citado 20 abr 2013]. Disponível em: [basepqtr.icict.fiocruz.br/handle/docsonline/get.php?id=038](http://basepqtr.icict.fiocruz.br/handle/docsonline/get.php?id=038)
109. Linck CL. A Inserção do Idoso no Contexto da Pós-Modernidade. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2009 [citado 20 abr 2013]; 8(suplem.):130-135. Disponível em: <http://periodicos.nem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/File/9739/5542>

## APÊNDICE A

### Roteiro de entrevista com os gestores

#### I – Caracterização dos sujeitos:

- 1- Idade: \_\_\_\_\_
- 2- Sexo:     masculino     feminino
- 3- Estado civil:     solteiro     casado     outros: \_\_\_\_\_
- 4- Categoria profissional:
- 5- Escolaridade:
  - ensino superior completo
  - pós-graduado *lato sensu*. Especifique:
  - pós-graduado *stricto sensu*. Especifique: \_\_\_\_\_
- 6- Tempo de formação profissional:
- 7- Atuação profissional:
  - Coordenador da Atenção ao Adulto/Idoso
  - Coordenador da Estratégia Saúde da Família
  - Secretário da Saúde
- 8- Tempo de atuação no cargo atual:

#### II – Questões para a entrevista

- 1 Qual a situação demográfica da população idosa do município de Marília?
- 2 O que é ser idoso?
- 3 Quando e como ocorreu a organização e implementação das ações para o cuidado ao idoso no município e unidades de ESF?
- 4 Como ocorre o financiamento das ações para o cuidado ao idoso?
- 5 Como ocorre o processo de cuidado para o idoso nas unidades de ESF?
- 6 Tem algo que queira perguntar ou acrescentar?



## APÊNDICE B

**Roteiro para entrevista dos profissionais da saúde das Unidades de Estratégias Saúde da Família.**

### I – Caracterização dos sujeitos:

Região de Saúde: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

- 1- Idade: \_\_\_\_\_
- 2- Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- 3- Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) outros
- 4- Escolaridade: ( ) ensino fundamental ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino médio ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino superior completo ( ) ensino superior incompleto ( ) pós-graduado em *lato sensu*. Especifique: ( ) pós-graduado em *stricto sensu*. Especifique:
- 5- Categoria profissional:
- 6- Tempo de formação profissional em anos:
- 7- Tempo que trabalha na Estratégia Saúde da Família:
- 8- Tempo em que trabalha nesta Unidade da Estratégia Saúde da Família:

### II – Questões para a entrevista

- 1- Qual a situação demográfica da população idosa do município de Marília?
- 2- O que é ser idoso?
- 3- Quando e como ocorreu a organização e início das ações para o cuidado ao idoso no município e na unidade da ESF?
- 4- Os cuidados prestados a idosos na Unidade de ESF em que você atua profissionalmente são realizados por quais categorias profissionais?
- 5- Como ocorre o processo de cuidado para o idoso na unidade de ESF? Há participação de outros setores?
- 6- Tem algo que queira perguntar ou acrescentar?

## APÊNDICE C

### Roteiro para análise documental:

- 1- Qual (is) a (s) ação (ões) relacionadas à atenção ao idoso existentes no município?
- 2- Como as ações para o cuidado do idoso foram planejadas no município? Como foram identificadas as necessidades?
- 3- Quando ocorreu o processo de implementação da (s) ação (ões) para o cuidado da pessoa idosa?
- 4- Há avaliação da implantação/implementação do Programa de Atenção à Pessoa Idosa no Município de Marília desde que se iniciou? Se sim, quais foram os resultados apresentados?
- 5- Como ocorre/ ocorreu o financiamento para o cuidado à pessoa idosa no município de Marília?
- 6- Para a operacionalização da (s) ação (ões) para o cuidado ao idoso precisa (m) da participação de quais profissionais da saúde? Precisa de outros setores sociais?



**APÊNDICE D**

SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR  
 FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Análise das Ações de Saúde do Idoso no Âmbito da Estratégia Saúde da Família em Município do Interior do Estado de São Paulo”. Foi selecionado (a) por ser profissional de saúde ou gestor da ESF \_\_\_\_\_. No entanto, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a unidade de saúde.

O principal objetivo desta pesquisa é analisar as ações da Saúde do Idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município de Marília-SP a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Os objetivos específicos são analisar como o município estruturou e implementou as ações da Saúde do Idoso a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e analisar o processo de trabalho das equipes das Unidades da Estratégia Saúde da Família acerca do cuidado prestado às necessidades de saúde dos idosos, de acordo com Política Nacional à Pessoa Idosa

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista individual que será registrada em áudio por meio de gravador, com posterior transcrição, para permitir fidedignidade do material coletado.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, sendo de conhecimento do pesquisador e do orientador da pesquisa. Será mantido sigilo quanto a sua identidade, preservando seus dados, e em hipótese alguma serão divulgados sem sua permissão. Quando for necessário identificar alguma frase da pesquisa, será utilizado um número para identificá-lo. Ao final da pesquisa o material gravado e transcrito será destruído.

Fica garantida a segurança de que a sua participação não trará qualquer prejuízo a sua integridade física, psíquica e moral, bem como, nenhum benefício imediato direto ou indireto, podendo no futuro, ocorrer mudanças das práticas pedagógicas realizadas com os estudantes.

Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos, agora ou a qualquer momento, com o (a) pesquisador (a) ou com a orientadora da pesquisa.

Rubrica do Sujeito Pesquisa	Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do Coordenador CEP

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou ciente que não receberei qualquer benefício pela minha participação, nem qualquer exclusão caso ainda desista de participar. Fui informado(a) como localizar facilmente a pesquisadora.

Fui informado(a) também que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), situado à Avenida: Monte Carmelo n° 800, CEP: 17519-030 – Marília – SP – Brasil, telefone: 3402-1744. Endereço eletrônico: [www.famema.br](http://www.famema.br)

Por ser verdade, assino o presente termo.

End:

Telefone:

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Assinatura do participante ou responsável legal

**Profª Drª Mara Quaglio Chirelli**

Docente da Faculdade de Medicina de Marília

ORIENTADORA DA PESQUISA

RG: 12.594.487-1

COREn-SP: 32328

Av. Monte Carmelo, 800

Marília, SP - CEP 17519-030

Fone: (14) 3402 1744 - ramal 1316

e-mail: [marachirelli@gmail.com](mailto:marachirelli@gmail.com)

**Pesquisadora: Maria José Caetano F. Damaceno**

RG: 40.123.629-8

COREn: 0141201

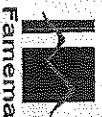
End: Rua das Rosas, 356 - Jardim Santa Amélia - Assis-SP

Fone: (18) 99790 6024

e-mail: [marin.mjcf@hotmail.com](mailto:marin.mjcf@hotmail.com)

## ANEXO A

Protocolo de aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Sexes Humanos



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,  
CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 17 de Julho de 2012

Ilmo Sr.  
Maria José C. F. Damasceno  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 651/12, intitulado: "Análise das Ações de Saúde do Idoso, no Âmbito da Estratégia Saúde da Família em Município do Interior do Estado de São Paulo", foi considerado **APROVADO** "Ad Referendum" após responder a pendência apontada em Reunião Ordinária – 28/05/2012, ceito de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde. Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. **Valdeir Faquundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos

Av. Monte Carmelo, 800 - Marília - S.P. - CEP: 17.519-030  
Fone: (14) 3402 1744 - R. 1591 - Email: [gidpos@famema.br](mailto:gidpos@famema.br)