

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente

Juliana Santos Neves

**DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA
PESSOA IDOSA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA
ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA – MG**

Diamantina

2017

Juliana Santos Neves

**DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA
PESSOA IDOSA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA
ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Harriman Aley Morais
Coorientadora: Profa. Dra. Luciana de Freitas Campos

Diamantina

2017

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

N518d

Neves, Juliana Santos

Desafios na implantação da política nacional de saúde da pessoa idosa na perspectiva dos profissionais que atuam na atenção básica do município de Diamantina – MG / Juliana Santos Neves. – Diamantina, 2017.

87 p. : il.

Orientador: Harriman Aley Morais

Coorientador: Luciana de Freitas Campos

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do idoso. 3. Política de saúde.
I. Título. II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 362.6

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Juliana Santos Neves

**DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA
PESSOA IDOSA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA
ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Harriman Aley Morais

Data de aprovação: ___ / ___ / ___

Profa. Dra. Andréia Barroso Figueiredo Maciel
Centro Interdisciplinar de História, Culturas e Sociedades - UÉ

Profa. Dra. Alessandra de Carvalho Bastone
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde - UFVJM

Profa. Dra. Nadja Maria Gomes Murta
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde - UFVJM

Diamantina

DEDICATÓRIA

Aos meus avós (*in memoriam*), que me ensinaram o valor da velhice e a necessidade de haver melhores cuidados a esta população.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amparar nos momentos mais difíceis, dar-me força para superar as dificuldades, mostrar-me o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Ao professor Harriman Aley Moraes pela orientação e à Professora Luciana de Freitas Campos, pela coorientação.

Aos meus familiares, principalmente minha mãe, pelo apoio, incentivo e carinho.

À professora Nadja Maria Gomes Murta, pelos ensinamentos, apoio e ajuda sempre que precisei.

Aos professores do Mestrado Profissional Saúde, Sociedade e Ambiente por todo ensinamento e por me acolher tão carinhosamente como aluna de mestrado.

Aos meus colegas de mestrado, principalmente Alessandra, Kelly, Leniara, Lilianny e Paola, pela convivência, amizade e apoio. Amigos que vou levar em meu coração para sempre!

Aos meus colegas de trabalho, principalmente Thiara Joanna da Cruz, pela ajuda, conhecimento compartilhado e carinho.

Aos professores convidados para a Banca Examinadora, por contribuírem para o enriquecimento da pesquisa.

À querida amiga Fernanda Amaral, sempre pronta a me apoiar e ajudar, em todas as situações.

À Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, representada pelo Programa de Pós-graduação, pelo fomento financeiro deste trabalho.

À prefeitura de Diamantina, através da Secretaria de Saúde, e aos profissionais que atuam na atenção básica, pela colaboração e compartilhamento de seus conhecimentos. Sem vocês este trabalho não poderia ser realizado.

Muito obrigada!

As leis não bastam. Os lírios não nascem da lei.

(ANDRADE, 2012, p. 23)

RESUMO

Os idosos tiveram direito garantido por lei, pela primeira vez, pela Constituição Federal de 1988. Somente em 2006, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), sendo publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde. A legislação brasileira tem avançado em relação às portarias e leis direcionadas aos cuidados da população idosa porém, na prática, ainda é insatisfatória. Este estudo objetivou identificar a inserção das diretrizes propostas pela PNSPI no município de Diamantina, no estado de Minas Gerais (MG), que seja de competência do município, identificando os programas em saúde do idoso implantados na atenção básica, bem como os desafios e possibilidades na implantação dos programas relacionados à PNSPI e, ainda, analisar a sua rede de atenção primária ao idoso. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, doze profissionais: secretário de saúde, coordenador da atenção básica e enfermeiros gestores das Estratégias Saúde da Família – ESFs, foram entrevistados, por meio de gravador de áudio, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde e sedes das ESFs do município. Abordaram-se questões baseadas nas diretrizes da PNSPI, como o atendimento aos idosos e programas relacionados à sua saúde. O estudo foi de natureza exploratória e descritiva, fundamentado na abordagem qualitativa e sistematizada, utilizando o processo de Análise de Conteúdo tipo Temática. A partir da organização e análise do conteúdo dos discursos, os resultados foram descritos em categorias identificando-se três temáticas: conhecimento, atividades desenvolvidas e intersetorialidade. Identificou-se a deficiência na implantação de ações referentes à PNSPI no município de Diamantina. A rotina de assistência baseia-se em atividades curativistas e pouco estruturadas, mostrando dificuldades no atendimento das demandas da população envelhecida do município. Há carência de uma equipe multiprofissional treinada e com conhecimento específico para apoio e integralidade desse atendimento. A Universidade, especificamente a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), pode ser uma importante parceira nas atividades para o bem estar, qualidade e inovação no atendimento à população idosa de Diamantina. Mostra-se relevante a conscientização e sensibilização dos governantes e dos profissionais da área de saúde para o aumento da população idosa e suas crescentes demandas e, principalmente, para a necessidade do desenvolvimento de programas específicos em Saúde do Idoso no município de Diamantina, MG.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Política de Saúde.

ABSTRACT

For the first time, elderly people had their rights guaranteed by law through Federal Constitution of 1988. Only in the year 2006, the National Elderly Health Policy (NEHP) was created and the document Guidelines of the Health Pact was published. Brazilian legislation made progress in relation to ordinances and laws related to the care of the elderly population however is still practically unsatisfactory. The objective of this study was to identify the inclusion of the guidelines proposed by NEHP in the town of Diamantina, in Minas Gerais (MG) state. After the approval by the Research Ethics Committee of the Hospital Sofia Feldman, was developed an exploratory nature study through a qualitative approach in dependencies of the Health Secretariat and headquarters of the Family Health Strategies (FHSs) in the town. Twelve professionals: Health Secretary, coordinator of Basic Health Care and managers of FHF's, were interviewed, recording the interviews through audio recorder. Issues related to the guidelines of NEHP were addressed such as elder care and their health-related programs. Data analysis was based on qualitative and systematic approach through a thematic content analysis process from the analysis and organization of content of the speeches; the results were described in categories identifying three themes: knowledge, activities developed and intersectoriality. It was possible to see the deficiency in the implementation of actions related to NEHP in Diamantina. Routine servicing is based on curing process unstructured, showing difficulties in meeting of demands of the elderly people in the town. There is a lack of a trained multiprofessional team with specific expertise to support and integrality of care. University, specifically UFVJM, can be an important partnership in activities for the welfare, quality and innovation of service provision to elderly people. It is shown relevant the awareness and sensibilization by governments and professionals about the increasing of elderly population and its growing demands, and especially the need of developing specific programs in Health of the Elderly in the town of Diamantina, MG.

Keywords: Primary Health Care; Health of the Elderly; Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma das etapas realizadas no processo analítico	40
Gráfico 1 - Distribuição percentual da população do Brasil por sexo e grupos de idade, 2010 e 2050	18
Gráfico 2 - Projeções das taxas de declínio de grupos etários jovens, adultos e idosos novos do Brasil, 2010 a 2050	20
Mapa 1 - Localização de Diamantina na mesorregião do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais	36
Quadro 1 - Composição da estrutura etária para o estado de Minas Gerais e município de Diamantina, 1999, 2000 e 2010	22
Quadro 2 - Subcategorias e Categorias segundo a percepção dos profissionais da atenção básica de saúde sobre os serviços direcionados ao idoso no município de Diamantina-MG, 2016	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA - Avaliação Geriátrica Ampla

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

APS - Atenção Primária à Saúde

AVDs - Atividades da Vida Diária

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CF - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DDH 100 - Módulo do Idoso do Disque Direitos Humanos

DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESFs - Estratégias Saúde da Família

FAMED - Faculdade de Medicina

FCBS - Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA - Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

ILPIs - Instituições de Longa Permanência para Idosos

IVCF - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional

MS - Ministério da Saúde

MG - Minas Gerais

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASFs - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PEA - População Economicamente Ativa

PES - Programa de Envelhecimento Saudável

PIA – População em Idade Ativa

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa Saúde da Família

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SaSA - Mestrado Profissional Saúde, Sociedade e Ambiente

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SISAP-Idoso - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas de Saúde do Idoso

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

U3I - Universidade da Terceira Idade

UFVJM - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

UÉ - Universidade de Évora (Portugal)

UR - Unidade de Registro

URs - Unidades de Registro

USF - Unidade Saúde da Família

USFs - Unidades Saúde da Família

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Envelhecimento populacional	18
2.2 Transição Epidemiológica e características econômicas e sociais do idoso no Brasil	25
2.3 Aspectos jurídicos da proteção social da população idosa no Brasil	30
2.4 Atenção à saúde do idoso na atenção primária	32
3 OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 METODOLOGIA	36
4.1 Tipo e local da pesquisa	36
4.2 Sujeitos da pesquisa	37
4.3 Aspectos éticos	38
4.4 Coleta de informações	38
4.5 Estratégia analítica	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Conhecimento	42
5.1.1 <i>Conhecimento e aplicação das leis</i>	42
5.1.2 <i>Dificuldade em trabalhar com o idoso</i>	45
5.1.3 <i>Atendimento em demanda espontânea</i>	47
5.2 Atividades desenvolvidas	49
5.2.1 <i>Grupo Operativo</i>	49
5.2.2 <i>HIPERDIA</i>	50
5.2.3 <i>Atividades físicas</i>	51
5.3 Intersetorialidade	52
5.3.1 <i>Centro de Referência de Assistência Social - CRAS</i>	54
5.3.2 <i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF</i>	55
5.3.3 <i>Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI</i>	56

<i>5.3.4 Comunicação na rede de saúde</i>	59
<i>5.3.5 Universidade</i>	60
<i>5.3.6 Prefeitura</i>	62
5.4 Contribuições para a Enfermagem e Saúde Pública	63
<i>5.4.1 Propostas e/ou Sugestões de ações em Saúde do Idoso</i>	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	75
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	75
Apêndice B - Quadro com os trechos destacados nas entrevistas para a elaboração de Subcategorias e Categorias	77
ANEXOS	84
Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP	84
Anexo B - Termo de Instituição Co-Partícipe	87

1 INTRODUÇÃO

Apesar de a Geriatria e a Gerontologia serem consideradas ciências novas, o estudo sobre a longevidade está presente na história desde séculos antes de Cristo, em mitologias e escritas bíblicas. (PEREIRA, SCHNEIDER e SCHWANKE, 2009).

Em 1903, Elie Metchnikoff defendeu a ideia da criação da especialidade denominada Gerontologia, a partir das expressões *gero* (velhice) e *logia* (estudo) e propôs a criação de um campo de investigação dedicado ao estudo exclusivo do envelhecimento, da velhice e dos idosos. Definiu-se então como gerontologia, a “disciplina científica multi e interdisciplinar, cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, das características da velhice enquanto última fase do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais”. Ela abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico e é intrinsecamente interdisciplinar, pois o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida. Ignatz Leo Nascher, em 1909, propôs a criação da especialidade médica destinada a tratar das doenças dos idosos e da própria velhice, a qual denominou Geriatria, que “tem sob seus domínios os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde do idoso”. Na década de 30, a médica inglesa Marjorie Warren, desenvolveu princípios até hoje considerados centrais na prática da Geriatria moderna. Warren instituiu a primeira unidade de cuidados geriátricos e sistematizou a avaliação de pacientes idosos - os primórdios da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). (citado por PAPALÉO-NETTO, 2013).

Tibbits introduziu o termo gerontologia social, em 1954, que é a área da Gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais deste processo. Recentemente, tem-se utilizado a terminologia Biogerontologia, Gerontologia biológica ou Gerontologia biomédica, que se refere ao estudo do fenômeno do envelhecimento, ou seja, como e porque envelhecemos, do ponto de vista molecular e celular, orgânico, evolutivo e de todas as interfaces entre eles, de estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas ao envelhecimento. (ARAÚJO e CARVALHO, 2005).

A Organização das Nações Unidas (ONU) designou que uma pessoa é idosa quando possui 60 anos ou mais para os países em vias de desenvolvimento e nos países desenvolvidos, esta idade se eleva para 65 anos. (SANTOS e LIMA JÚNIOR, 2014).

O primeiro registro histórico de uma política pública em favor do idoso foi da época do Brasil Império, Lei n.º 3.270 - Lei dos Sexagenários ou Lei Saraiva-Cotejipe, promulgada em 28 de setembro de 1885. Esta lei garantia liberdade aos escravos a partir de 60 anos de idade,

sob determinadas condições, e efetivamente a partir dos 65 anos de idade. Entretanto, possuía pouca eficácia, considerando que apenas alguns indivíduos em situação de escravidão conseguiam chegar nessa idade e, os que chegavam, apresentavam limitações para o trabalho e restrições funcionais graves. (MORAES *et al.*, 2016).

A partir da década de 60, o assunto “envelhecimento humano” passava a se transformar numa questão social e política de maior importância graças à organização dos idosos e de entidades da sociedade civil organizadas em prol de sua causa que se constituíram em grupos de pressão, fundamentais na transformação da questão do envelhecimento em agenda pública. Nesta condição adensam forças e pressões, transformando-a em prioridade e introduzindo-a no campo da disputa política. Torna-se prioridade efetiva quando ingressa na agenda estatal; toma-se interesse do Estado e, não apenas, dos grupos organizados da sociedade. Pode-se demarcar o primeiro grande momento desse processo com a emergência da questão social associada às lutas dos trabalhadores para o reconhecimento dos problemas que enfrentavam, não só sociais, como também políticos e econômicos decorrentes das desigualdades sociais da ordem capitalista, processo que culminará com as primeiras medidas de proteção à velhice. Um processo em que velhice, pobreza e aposentadoria aparecem como sinônimos; em que situação e significados envolverão gradativamente o trabalhador aposentado numa constante luta contra a pobreza, contra a redução dos proventos, pela equalização dos direitos a todos os idosos, independente de contribuição, entre outras razões. (TEIXEIRA, 2003).

Na Constituição Federal de 1988, a família, o estado e a sociedade foram responsabilizados pela proteção do idoso, representando um avanço na vida deste segmento da população. (COUTO, 2004).

Posteriormente, foi sancionada a Política Nacional do Idoso (PNI), que resguardava ao idoso alguns direitos nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer. (BRASIL, 1994). No entanto, a PNI não era eficientemente aplicada, pois dentre outros fatores, existiam as contradições dos próprios textos legais, o desconhecimento do seu conteúdo e a tradição centralizadora e segmentadora das políticas públicas, acarretando a desarticulação de programas e projetos para a população idosa. (GROSSI e GUILAMELON, 2006).

Em 1999, foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a qual afirmava que os órgãos e instituições do Ministério da Saúde (MS) deveriam promover a formação ou a readequação de programas, projetos e atividades. A atenção à saúde do idoso baseava-se nas diretrizes da PNSI (BRASIL, 1999), que se mostrava importante no sentido de que constituiu um processo de regulamentação com o objetivo de responder adequadamente à demanda e às

necessidades crescentes da população que envelhecia, contemplando suas especificidades. (FERNANDES e SOARES, 2012).

Somente em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), sendo publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, em que a saúde do idoso foi considerada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. Este documento, que apontou como alvo todos os cidadãos brasileiros com 60 anos e mais de idade, também detalhou qual a responsabilidade do governo em relação a esta parcela da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As Diretrizes da PNSPI justificam-se na premissa de que envelhecer deve ocorrer com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. São elas: 1) promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; 3) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; 4) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; 5) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; 6) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de saúde da pessoa idosa; 7) divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; 8) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; 9) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A legislação brasileira tem avançado em relação às portarias e leis direcionadas aos cuidados da população idosa, porém na prática ainda é insatisfatória, pois existem várias barreiras burocráticas e políticas que impedem o bom desenvolvimento das ações voltadas para os idosos, refletindo em dificuldades de acesso aos serviços assistenciais. (MISSIAS MOREIRA *et al.*, 2013).

As diretrizes da PNSPI norteiam a criação de programas para atender a saúde da população idosa e ampliam o foco à assistência e à garantia de renda, colaborando com uma visão integral das pessoas idosas na medida que estes possuem direitos como saúde, educação, emprego, lazer, moradia, entre outros.

Dois programas do governo federal brasileiro, oriundos dessas diretrizes, são o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e o Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa. O primeiro tem o objetivo de promover um **envelhecimento ativo**: processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O segundo mapeou delegacias especializadas em atenção à pessoa idosa, além de capacitar conselheiros e gestores,

disseminando conhecimento, promoção da cidadania e defesa dos direitos da pessoa idosa. (WHO, 2005; BRASIL, 2015; MORAES, 2016, grifo nosso).

Outros Programas desenvolvidos pelo Governo Federal implicam em distribuição gratuita de medicamentos através do SUS para doenças de Alzheimer e Parkinson; Campanha nacional de imunização do idoso, que acontece anualmente, desde 1992, prevenindo, principalmente, contra Influenza e Pneumonia; Campanha nacional de cirurgias de cataratas; Programa de capacitação profissional e de cuidadores de idosos; Estudos e pesquisa epidemiológica de base sobre agravos e doenças prevalentes; Garantia de acesso do idoso aos planos de saúde privados, em cumprimento ao Estatuto do Idoso; Programa da Farmácia Popular, que facilita o acesso aos medicamentos; e a criação de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. (MIYATA *et al.*, 2005).

Por meio da regulamentação da PNSPI pelo decreto nº 1.948 de 1996, definiram-se modalidades de atendimento ao idoso asilar e não asilar. Em relação à modalidade asilar, entende-se o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. Esta modalidade de assistência deve ocorrer no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família. (BRASIL, 1996).

Como modalidades de atendimento não asilares entendem-se os Centros de Convivência: locais destinados à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania; os Centros de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia, que são locais destinados à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional; a Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família; a Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas; e o atendimento domiciliar, que é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Este serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade. (BRASIL, 1996).

De acordo com o IBGE (2010) para a população por segmento de idade do Brasil a proporção de idosos com 60 a 64 anos apresentou um declínio (de 33,9% em 1991, para 31,7% em 2010), enquanto que o segmento das pessoas de 75 anos ou mais foi o que mais cresceu (de

21,6% em 1991, para 26,7% em 2010). Esta tendência de mudança na composição da estrutura etária também foi detectada para a região Sudeste, para o estado de Minas Gerais, assim como para o município de Diamantina. Segundo o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos em relação à população total, no Brasil, era de 12,6% e no município de Diamantina 10,8%. (IBGE, 2010).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) divulgada pelo IBGE em 2015, apresenta a tendência de envelhecimento do país. A população brasileira, estimada em 201,5 milhões de pessoas, evidencia a diminuição do número de crianças e o aumento de idosos. O número de pessoas no Brasil acima de 60 anos passou para 13% em 2013, já somando 26,1 milhões de idosos no país (IBGE, 2014); o percentual das pessoas de 60 anos e mais de idade aumentou de 9,0% para 13,8% entre 2001 e 2014. (IBGE, 2015).

Em consonância com as diretrizes das políticas públicas, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que evidenciem os resultados da assistência à saúde dos indivíduos no seu processo de envelhecimento, assim como de estudos que avaliem a implementação das estratégias de atenção e como vem contribuindo para a saúde do idoso.

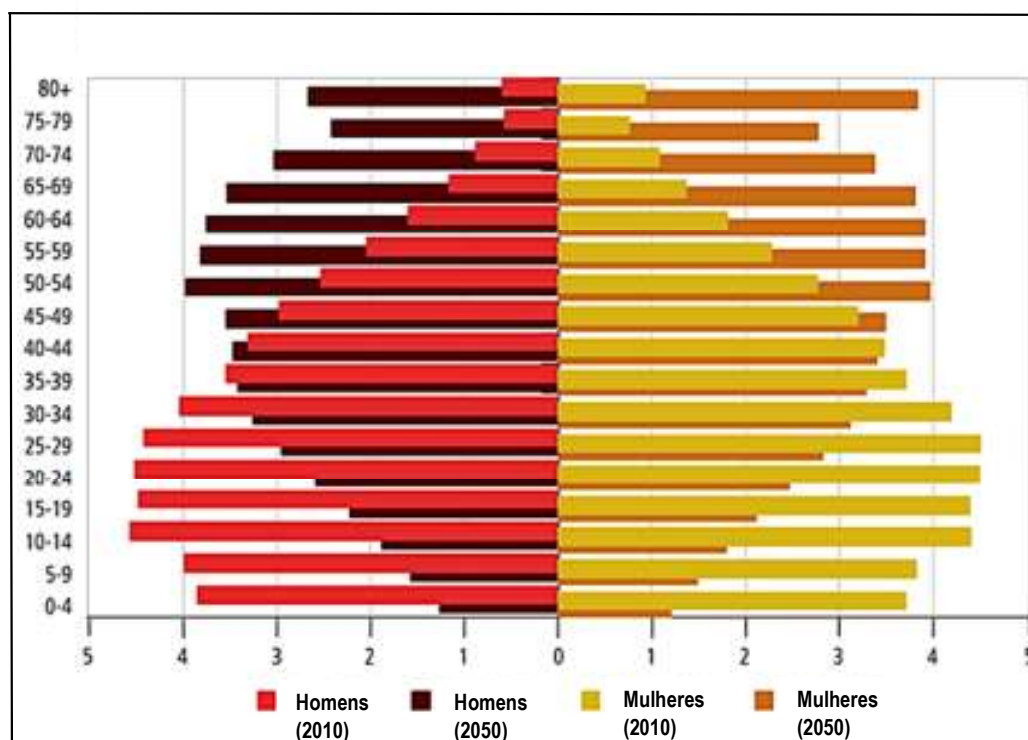
Nesse sentido, a análise da atual rede de saúde do idoso em Diamantina-MG, bem como a identificação dos desafios e das possibilidades de ações para a reformulação e/ou implantação de programas, pode contribuir para a elaboração de novas estratégias na perspectiva da melhoria da qualidade do serviço oferecido a este seguimento da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento populacional

No Brasil do início do século XX, um indivíduo vivia aproximadamente 33 anos, já a esperança de vida ao nascer para homens e mulheres no ano de 2010 era de 70,1 e 77,7, respectivamente, podendo aumentar para 82,6 e 86,1 até o ano de 2050 (CAMARANO, 2014), como demonstrado nos Gráficos 1 e 2.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da população do Brasil por sexo e grupos de idade, 2010 e 2050.



Fonte: CAMARANO, 2014.

Esse acentuado processo de envelhecimento se deve a diversos fatores como a queda das taxas de fecundidade, emigração, diminuição da taxa de mortalidade (ALVES, 2015), controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. (CHAIMOWICZ, 1997). A evolução da medicina, investimentos em saneamento básico, como água encanada, redes de esgoto, melhoria das condições de habitação, desenvolvimento da agricultura e a industrialização mais

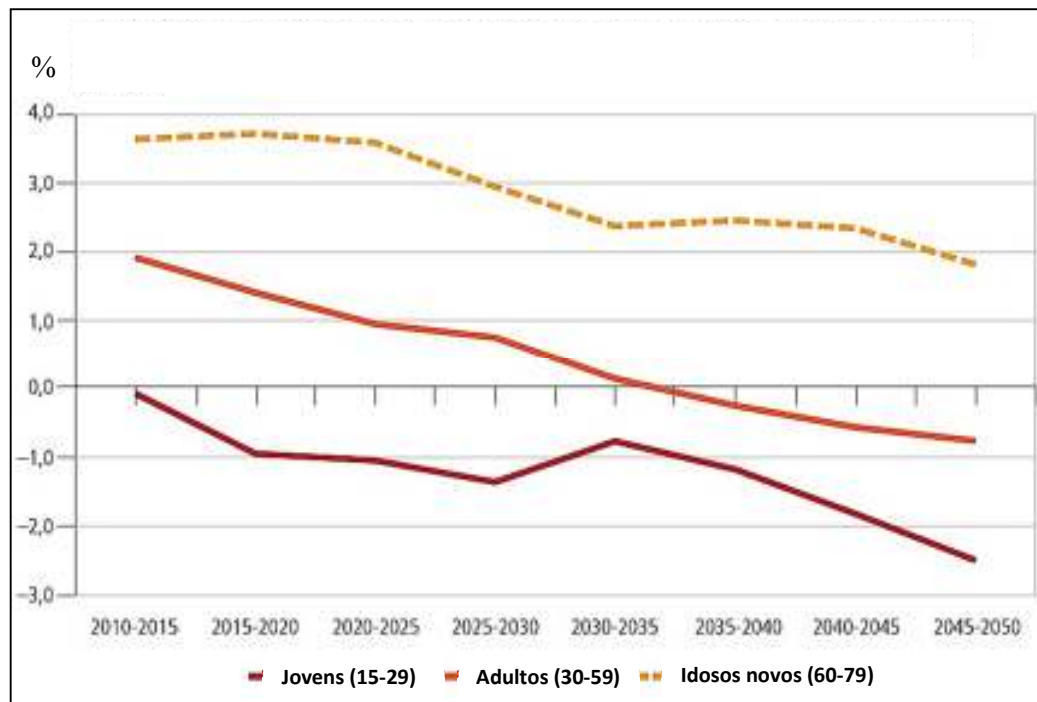
intensa trouxeram melhores condições de vida para parte das pessoas, favorecendo também o aumento na expectativa de vida de uma parcela da população. Além disso, a partir da década de 80 tiveram início ações preventivas com o uso de métodos contraceptivos, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento do grau de escolaridade e divulgação de um modelo de família bem sucedida, de no máximo dois filhos, trazendo mudanças nas taxas de fecundidade do país, ou seja, diminuição de filhos por mulher. A maioria dos países europeus levou cerca de um século para completar a sua transição da fecundidade, e países como Suécia e Inglaterra levaram cerca de sessenta anos para diminuir seus níveis de fecundidade para a metade. No Brasil, esse declínio aconteceu em trinta anos. (TIBULO, CARLI e DULLIUS, 2012).

Em relação à População em Idade Ativa (PIA), poderá apresentar um incremento positivo até 2040, quando atingirá valores em torno de 177 milhões de pessoas. Projeta-se para 2050 uma diminuição de aproximadamente 3,2 milhões comparado a 2040. No entanto, entre 2010 e 2020, esse segmento populacional deverá experimentar um acréscimo de aproximadamente 18 milhões de pessoas, ou seja, 1,8 milhão por ano entre 2010 e 2020 (GRAFICO 2). (CAMARANO, 2014).

Os jovens apresentarão taxas de crescimento negativas ou diminuição do seu contingente durante todo o período da projeção. Como esse grupo populacional é mais exposto à violência/criminalidade, a sua diminuição poderá impactar os indicadores de criminalidade. Já para a população de 30-59 anos espera-se que cresça em um ritmo cada vez menor até 2035, quando começará a diminuir, como a população total. A partir de 2045, apenas a população de 60 anos ou mais poderá ter um incremento positivo. Isto levará a um envelhecimento da PIA e da População Economicamente Ativa (PEA). No caso da PIA, espera-se que, em 2050, aproximadamente 60% desta tenha mais de 45 anos. Espera-se, também, um crescimento da sua idade média de 38,9 para 49,0 anos entre 2010 e 2050. (CAMARANO, 2014).

A diminuição da proporção de jovens, adultos e idosos novos no Brasil (GRAFICO 2) reflete o intenso declínio das taxas de fecundidade verificadas no país no decorrer das últimas décadas, o que por seu turno terá profundos impactos na sua estrutura populacional. Este cenário, num contexto de gradativo aumento da esperança de vida, contribui para intensificar o processo de envelhecimento.

Gráfico 2 - Projeções das taxas de declínio de grupos etários jovens, adultos e idosos novos do Brasil, 2010 a 2050.



Fonte: CAMARANO, 2014.

Durante as quatro primeiras décadas do século XX, o Brasil apresentava grande estabilidade de sua estrutura etária, principalmente devido à pequena oscilação das taxas de natalidade e mortalidade. A partir de 1940 iniciou-se o processo de declínio rápido da mortalidade, que prolongou até a década de 70, que associado a elevadas taxas de fecundidade, determinou o aumento do crescimento vegetativo da população brasileira. Somente a partir de 1960, com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional. (CHAIMOWICZ, 1997). Neste contexto, podemos afirmar o Brasil está passando por um processo de transição demográfica rápido e intenso com o incremento da proporção de pessoas idosas nos últimos 40 anos.

O Censo Demográfico de 2010 confirmou a continuação da tendência de redução nas taxas de crescimento da população brasileira e das mudanças expressivas na estrutura etária do seu envelhecimento. (CAMARANO, 2011). Nos dados dos Censos Demográficos brasileiros do IBGE de 1991, 2000 e 2010, o número absoluto de idosos no país aumentou significativamente em 20 anos, passando de 10.722.705 pessoas, em 1991, para 20.590.599 pessoas, em 2010. Neste mesmo período, a população idosa aumentou de 7,3% para 8,6%, entre 1991 a 2000, atingindo 10,8%, em 2010, o que representa uma variação de 48%. (IBGE, 2010).

Dados da PNAD de 2014 apontam diminuição da proporção de pessoas de 0 a 9 anos de idade no total de pessoas residentes, passando de 18,7% em 2001 para 13,6% em 2014; e de pessoas de 10 a 17 anos de idade, passando de 15,9% para 13,0%. Por outro lado, a proporção de pessoas de 40 a 59 anos no total de residentes aumentou de 19,8% para 25,1% e a participação das pessoas de 60 anos ou mais de idade se elevou de 9,0% para 13,8% entre 2001 e 2014. (IBGE, 2014).

A proporção de idosos, no Brasil, com 60 a 64 anos apresentou declínio (de 33,9% em 1991 para 31,7% em 2010), enquanto o segmento das pessoas de 75 anos ou mais foi o que mais cresceu (de 21,6% em 1991, para 26,7% em 2010). Esta tendência do grupo populacional por segmento de idade é detectada também para a região Sudeste e, evidenciado no Quadro 1, para o estado de Minas Gerais e, especificamente, para o município de Diamantina. (IBGE, 2010).

Face ao acentuado processo de envelhecimento populacional e as consequências dele decorrentes, conhecer a realidade do idoso brasileiro é um passo fundamental para a construção de políticas que visam garantir seus direitos e necessidades. De forma geral, pode-se afirmar que a situação dos idosos no país é bastante variada, considerando os aspectos relacionados à faixa etária, sexo, local de residência, renda, entre outros. (BATISTA *et al.*, 2008).

O impacto social deverá ser agravado pela desigualdade entre as taxas de crescimento das populações de idosos – com suas múltiplas demandas - e de jovens - que teoricamente, quando adultos, deverão atender àquelas demandas. (CHAIMOWICZ, 1997; ALVES, 2015).

Se o assalariamento progressivo da mão-de-obra feminina acabou limitando o papel tradicional da mulher nessas estratégias, a queda da taxa de natalidade e a conseqüente redução do número de filhos por família também repercutiram sobre a reprodução da solidariedade intrafamiliar, na medida em que as gerações mais novas vêm diminuindo frente às precedentes, o que redundou na mitigação do número de cuidadores potenciais, tradicionalmente atribuído às mulheres. Soma-se a isso, o fato de que a frequente migração dos jovens em busca de oportunidades de trabalho e de estudo fora de seus lugares de origem afasta-os de suas famílias, indisponibilizando-os para os cuidados com seus familiares idosos. (BATISTA *et al.*, 2008).

Quadro 1 – Composição da estrutura etária para o estado de Minas Gerais e município de Diamantina, 1991, 2000 e 2010.

MINAS GERAIS									
	1991			2000			2010		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Proporção de população idosa (%)	7,0	8,1	7,6	8,3	9,9	9,1	10,8	12,8	11,8
População residente total	7.803.384	7.939.768	15.743.152	8.851.587	9.039.907	17.891.494	9.641.877	9.955.453	19.597.330
Proporção por grupo de idade (%)									
60 a 64 anos	35,2	33,3	34,2	33,1	30,5	31,7	32,6	29,6	31,0
65 a 69 anos	26,5	25,2	25,8	25,9	24,8	25,3	24,2	22,8	23,5
70 a 74 anos	17,5	17,6	17,5	18,5	18,7	18,7	18,5	18,4	18,4
> 75 anos	20,8	23,9	22,5	22,5	25,9	24,4	24,7	29,2	27,2
População idosa residente	544.191	644.801	1.188.992	733.888	891.093	1.624.981	1.039.613	1.270.142	2.309.755
DIAMANTINA									
	1991			2000			2010		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Proporção de população idosa (%)	-	-	7,1	7,5	9,9	8,7	9,3	12,1	10,8
População residente total	-	-	44.299	21.677	22.582	44.259	22.239	23.641	45.880
Proporção por grupo de idade (%)									
60 a 64 anos	-	-	33,1	31,1	30,5	30,7	30,9	25,7	27,9
65 a 69 anos	-	-	25,0	26,9	24,2	25,3	24,6	21,0	22,5
70 a 74 anos	-	-	16,5	18,7	18,3	18,5	18,5	20,1	19,4
> 75 anos	-	-	25,4	23,4	27,0	25,5	26,0	33,2	30,2
População idosa residente	-	-	3.140	1.634	891.093	3.859	2.074	2.865	4.939

Fonte: IBGE, 2010. Adaptado.

Se o assalariamento progressivo da mão-de-obra feminina acabou limitando o papel tradicional da mulher nessas estratégias, a queda da taxa de natalidade e a conseqüente redução do número de filhos por família também repercutiram sobre a reprodução da solidariedade intrafamiliar, na medida em que as gerações mais novas vêm diminuindo frente às precedentes, o que redundou na mitigação do número de cuidadores potenciais, tradicionalmente atribuído às mulheres. Soma-se a isso, o fato de que a frequente migração dos jovens em busca de oportunidades de trabalho e de estudo fora de seus lugares de origem afasta-os de suas famílias, indisponibilizando-os para os cuidados com seus familiares idosos. (BATISTA *et al.*, 2008).

O aumento da participação feminina na força de trabalho tornou-se um dos fenômenos mais notáveis no mercado de trabalho, gerando repercussões significativas nos mais diversos aspectos socioeconômicos, assim como na constituição dos arranjos familiares e nas relações de gênero. No entanto, apesar dos avanços significativos em termos de inserção da mulher no mercado de trabalho brasileiro, ainda parece haver um baixo aproveitamento da sua capacidade laboral. Isto pode ser medido pelas menores taxas de participação feminina em relação às observadas em vários países e pelo fato de ficarem bem abaixo das taxas reportadas para os homens brasileiros. (CAMARANO, 2014).

Grande parte da literatura associa esta queda ao aumento da atividade econômica por parte das mulheres. Lim (2009) faz uma interessante análise da “elusiva” e “ambígua” relação entre a participação da mulher no mercado de trabalho e a fecundidade. A autora aponta as principais hipóteses que associam a participação das mulheres na força de trabalho e a tendência de redução da fecundidade em países desenvolvidos, conforme a seguir descrito. 1) O empoderamento ou a elevação de status que o trabalho proporciona à mulher dá a ela um controle maior sobre a renda, os recursos e as decisões familiares, incluindo as decisões sobre ter filhos. 2) Os serviços e arranjos para o cuidado dos filhos, que não são facilmente disponíveis, demandam tempo e qualidade, o que pode restringir as atividades econômicas das mulheres. 3) O aumento da independência econômica reduz a necessidade de se ter filhos como forma de seguro para a velhice ou para condições adversas. 4) Um maior nível educacional das mulheres jovens eleva a idade do primeiro casamento e da primeira gravidez. 5) A evolução ascendente da mulher na carreira antes do casamento também seria a causa do adiamento da idade para o casamento e para a primeira gravidez.

A relação entre gênero e envelhecimento baseia-se nas mudanças sociais ocorridas ao longo do tempo e nos acontecimentos ligados ao ciclo de vida. A maior longevidade feminina implica transformações nas várias esferas da vida social, uma vez que o significado social da idade está profundamente vinculado ao gênero. (BATISTA *et al.*, 2008).

Há quase 30 anos, Chaimowicz (1997) já alertava para o fato de que “em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam sequelas de doenças crônicas degenerativas, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida.”

A sobremortalidade masculina, que tem conduzido a “feminização da velhice” tem sido observada como uma tendência mundial, cuja origem era atribuída, principalmente, a fatores biológicos, induzindo à naturalização desse fenômeno. Recentemente, os fatores sociais e comportamentais passaram a ser cada vez mais enfatizados, sendo consenso que os homens estão mais expostos que as mulheres a certos fatores de risco, como o maior consumo de álcool e cigarro, situações de violência física e psicológica, o que implica um maior número de óbitos por causas externas, e estresse no trabalho. A tendência, ainda hoje, verificada em diversos países é de maior proporção de mulheres no grupo de pessoas idosas em função da mortalidade diferencial por sexo. Essa tendência também se apresenta para o Brasil, sendo que os dados do Censo Demográfico de 2000 apontaram que de 14,5 milhões de pessoas idosas (55%) 7,9 milhões eram mulheres. Entretanto, as mudanças no papel da mulher na sociedade, aumentando sua exposição a situações sociais similares às dos homens, poderão contribuir para diminuir essa diferença. (BATISTA *et al.*, 2008).

Na medida que as mulheres são mais longevas, os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, em grande parte, os das mulheres idosas. Tornando-se viúvas têm maior dificuldade para casar novamente, são mais sozinhas, apresentam menores níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde. (CHAIMOWICZ, 1997; ALVES, 2015).

Presume-se que, em função da mortalidade diferencial por sexo e da construção diferenciada de suas trajetórias de vida, as mulheres vivem mais, sem, contudo, ter o apoio do cônjuge ou companheiro em idades avançadas. Segundo Nogales (1998) as mulheres passam por maior período de debilitação física. Houve o aumento da proporção de mulheres conforme o avanço da idade e o crescimento da população muito idosa, de 80 anos ou mais. Do total de idosos em 2015, 55,7% eram mulheres, e entre os muito idosos esta proporção passa para 61,5%. Em 2050, estima-se que estas proporções sejam de 53,5% e 59,0%, respectivamente. Proporções projetadas para 2015 foram menores que aquelas realmente observadas, devido às hipóteses levantadas na projeção populacional, que presumiram uma redução da mortalidade mais acentuada para os homens. A queda mais acentuada desta mortalidade deu-se por causas externas: acidentes e violências. A maior longevidade das mulheres não deve ser observada simplesmente como uma vantagem, pois nem sempre significa viver em boas condições de

saúde. Na velhice, as mulheres podem ficar expostas à viuvez, à doença, à solidão e ao preconceito. (BATISTA *et al.*, 2008; ALCÂNTARA, CAMARANO e GIACOMIN, 2016).

2.2 Transição Epidemiológica e características econômicas e sociais do idoso no Brasil

O processo de envelhecimento também trouxe a transição epidemiológica, na qual observaram-se modificações importantes na mortalidade, morbidade e invalidez da população envelhecida, que passa a conviver mais tempo com suas comorbidades, na maioria das vezes, em estabilidade clínica. (CAMARANO, KANSO e FERNANDES, 2016). Segundo Chaimowicz (1997) e Camarano, Kanso e Fernandes (2016), o processo de transição epidemiológica engloba três mudanças básicas: substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

No que tange a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis podemos notar que a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) vem declinando desde a década de 40. Nesta década, havia o predomínio nítido de DIP, representando aproximadamente 43,5% dos óbitos por grupos de causas de morte no Brasil. Em 1930, as DIP foram responsáveis por 46% do total de óbitos, valor com considerável declínio quando comparado a 1985, que representou 7%. Entre 2000 e 2010, a mortalidade proporcional por DIP caiu de 4,7 para 4,3%. Esta diminuição deve-se ao avanço em relação às doenças passíveis de prevenção por imunização, bem como ao avanço do processo de ampliação e melhorias da rede de saneamento básico, serviços médico-hospitalares, dentre outros. Junto a isso, a notificação de casos e óbitos por doenças consideradas, hoje, de notificação compulsória como o sarampo, poliomielite, rubéola, meningite, tétano, coqueluche e difteria, ajudaram a diminuir o número de casos. Merece destaque, também, a redução da mortalidade e hospitalização por algumas DIP potencialmente letais, como as doenças diarreicas agudas em crianças e a malária. Apesar do avanço supracitado, permanecem grandes desafios como as doenças associadas à miséria e exclusão social, que o Brasil, na qualidade de país em desenvolvimento ainda não conseguiu superar. (ARAÚJO, 2012; DUARTE e BARRETO, 2012; PEREIRA, ALVES-SOUZA e VALE, 2015).

Uma doença infecciosa e crônica que merece destaque é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), em inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS),

causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), em inglês *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Em 2003, foram registrados 935 casos de AIDS entre os maiores de 60 anos em todo o território nacional brasileiro. Em 2012 esse número saltou para 1.812 casos, um acréscimo de 93,79%, enquanto na população geral, a considerar todas as faixas etárias, o acréscimo foi de 12,1%. Uma suposição para esse crescimento talvez seja o fato da população idosa ter conhecimento da existência da HIV/AIDS, bem como da transmissão do vírus, mas ter dúvida ou não saber como utilizar os preservativos. Além disso, criou-se a cultura de que os idosos não teriam uma vida sexual ativa, por isso não haveria necessidade de preocupação com a transmissão de HIV/AIDS. Contrariando esta suposição, houve um aumento na busca por métodos que auxiliassem na diminuição da impotência sexual (MALDANER, LINI e DORING, 2016), assim como o uso de métodos contraceptivos orais pelas mulheres em idade fértil. Apesar disso, a discussão da sexualidade entre os gêneros consiste, ainda, em tabu.

Associado à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias temos o aumento das doenças não transmissíveis. O crescimento da prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, consequência de uma nova forma de vida somada à maior expectativa de vida, acarretou à população o desenvolvimento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Quase a metade dos adultos em capitais brasileiras apresentam excesso de peso, e relatam consumo abusivo de álcool e consumo de frutas e hortaliças em baixa quantidade, além de serem sedentários. Como consequência deste estilo de vida, as DCNT responderam por 73,9% dos óbitos no Brasil, dos quais 80,1% foram devido à doença cardiovascular, ao câncer, à doença respiratória crônica ou ao diabetes. (DUARTE e BARRETO, 2012).

Em relação às causas externas, os adultos jovens do sexo masculino se destacam desfavoravelmente sobre as taxas de mortalidade. (TIBULO, CARLI e DULLIUS, 2012). A partir da década de 80, observou-se que o aumento da mortalidade por causas externas foi devido, principalmente, aos homicídios e aos acidentes por transporte terrestre. Os homens jovens são os mais afetados pelo crescimento dos homicídios e pelos acidentes de trânsito. (DUARTE e BARRETO, 2012).

Quanto ao deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos, pode-se perceber que a prevalência de algumas das DCNT eleva-se a partir dos 60 anos. No ano de 1998 as cinco principais doenças crônicas reportadas foram, os problemas de coluna (45,4%); a hipertensão (43,9%); a artrite ou o reumatismo (37,5%); as doenças do coração (19,0%); e a depressão (12,0%). Em 2013, destacaram-se: a hipertensão (45,3%); o colesterol alto (17,0%); o *diabetes* (16,1%); a artrite ou o reumatismo (9,7%); e o

câncer (6,9%). (CAMPOLINA *et al.*, 2013; ALCÂNTARA, CAMARANO e GIACOMIN, 2016). Dados da PNAD de 2008 mostraram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de pelo menos uma doença crônica. (IBGE, 2010).

Os censos demográficos de 1991 e 2010 levantaram informações sobre deficiência, porém os itens avaliados foram diferentes, não permitindo, portanto, uma análise comparativa. Em 1991, as categorias consideradas foram: cegueira, falta de membro ou de parte dele, a hemiplegia, a deficiência mental, a surdez, a paraplegia e a tetraplegia, podendo-se declarar mais de uma deficiência. Nesse ano, foram contabilizados 395.000 idosos que se declararam deficientes, o que correspondia cerca de 4% da população idosa. Entre os muito idosos, 80 anos e mais, a proporção de deficientes foi de 8,0%, sendo que os homens reportaram uma proporção mais elevada de deficiência relativamente às mulheres. (ALCÂNTARA, CAMARANO e GIACOMIN, 2016).

No censo de 2010, as perguntas referiam-se às dificuldades permanentes de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, além de deficiência mental ou intelectual permanente. Os tipos de paralisia não foram investigados. As informações investigadas mostraram que o percentual de idosos com algum grau de dificuldade para enxergar foi de 47,7%; para ouvir, 21,6%; e para caminhar ou subir escadas, 33,0%. Nesse ano as mulheres declararam apresentar mais deficiências e incapacidades que os homens, ao contrário do observado em 1991, exceto no que diz respeito à capacidade de ouvir. (ALCÂNTARA, CAMARANO e GIACOMIN, 2016). Destacam-se que algumas das deficiências citadas podem estar associadas a complicações das doenças cardiovasculares, do *diabetes* e aos acidentes de trânsito e do trabalho.

Diante desta situação parece haver mais idosos doentes, porém em situação de funcionalidade: com suas funções preservadas, em estabilidade clínica e sofrendo agudização da situação de saúde.

A situação epidemiológica brasileira tem sido definida então, como tripla carga de doenças porque perpassa por problemas de saúde não concluídos de infecções e desnutrição, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco e o forte crescimento das mortes por causas externas. (MENDES, 2010).

Uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimentos da população idosa. Se por um lado o número de benefícios concedidos a cada ano é crescente, por outro, as despesas médias com o pagamento desses benefícios pela Previdência vêm apresentando, com raras exceções, variações negativas. (CHAIMOWICZ, 1997).

Analisando a fonte de renda dos idosos brasileiros em 2005, verifica-se que os rendimentos oriundos dos benefícios previdenciários e assistenciais da seguridade social predominavam em todas as faixas etárias, perfazendo 66,5% do total da renda dos idosos. O peso desses rendimentos no total da renda dos idosos cresce na medida em que aumenta a faixa etária. O aumento da faixa etária também se reflete em uma redução da importância da renda oriunda do trabalho. No entanto, uma proporção significativa de pessoas idosas até 70 anos ainda tinham rendimentos derivados do exercício de atividades profissionais. Tem-se observado queda na participação proporcional de idosos no mercado de trabalho, apesar de o crescimento da população idosa economicamente ativa estar num ritmo acima daquele verificado para a população economicamente ativa (PEA) como um todo. De 1992 a 2002, a PEA cresceu 24,1%, e de 2002 a 2012, 14,1%. A PEA idosa aumentou 23,2% no primeiro período, e no segundo, 32,8%, sempre de acordo com a PNAD de 2010. Este ritmo de crescimento é explicado pelo envelhecimento da população e por sua permanência no mercado de trabalho mesmo depois da aposentadoria. Estas porcentagens, no entanto, são inferiores às do crescimento total da população idosa, de 40,6% e 51,8%, para os mesmos períodos. Isto significou um declínio de 12% na taxa de atividade remunerada de idosos, de ambos os sexos, nas duas décadas. (BATISTA *et al.*, 2008; ALCÂNTARA, CAMARANO e GIACOMIN, 2016).

Cabe interrogar como será a velhice das pessoas que estão construindo suas trajetórias de vida nestas últimas décadas, caracterizadas pelo aumento da informalidade do mercado de trabalho e pela crise do emprego. Dadas as atuais condições, é possível que, no futuro, aumente cada vez mais a demanda por benefícios de natureza não previdenciária (previdências privadas, títulos de capitalização, dentre outros) dirigidos às pessoas idosas, necessários para impedir que, no momento de redução da capacidade laboral por conta da idade, essas pessoas caiam na indigência ou na pobreza. Nesse contexto, o envelhecimento progressivo da população aponta para uma maior complexidade da situação da seguridade social no Brasil. (BATISTA *et al.*, 2008).

O local de residência da população idosa pode indicar a natureza do desafio a ser enfrentado pelas políticas sociais em seu objetivo de melhorar a proteção desse grupo. No meio urbano não metropolitano as pessoas idosas podem se beneficiar de uma série de facilidades para gerir seu cotidiano, como por exemplo, a proximidade dos serviços de saúde, transporte, convívio social e acesso à cultura. No meio urbano metropolitano o cotidiano de uma pessoa idosa pode ser mais difícil, devido às distâncias, à complexidade dos meios de transporte, bem como, entre outros fatores, a maior impessoalidade que caracteriza as relações sociais e maior

isolamento. O meio rural tende a proporcionar um acesso deficitário em termos de serviços de saúde e de apoio oferecidos. (BATISTA *et al.*, 2008).

Tavares *et al.* (2015) compartilharam esta ideia e discorreram que a população que vive na zona rural envelhece à semelhança dos que vivem na zona urbana; no entanto a população da zona rural necessita lidar mais comumente com ambientes onde predomina a pobreza, o isolamento geográfico, baixos níveis educacionais, residências mais precárias, limitações de transporte, problemas crônicos de saúde e distância dos recursos sociais e de saúde.

Importante destacar que a heterogeneidade deste grupo populacional se reflete em desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde, bem como na inadequação do modelo de atenção, indicando a necessidade de formulação de políticas públicas que levem em conta as especificidades desta população. (CAMACHO e COELHO, 2010).

Este índice de envelhecimento aponta para uma importante reorganização no quadro demográfico nacional, com impactos relevantes na sociedade brasileira e nas políticas públicas (BATISTA *et al.*, 2008), sendo que o processo de intensas mudanças demográficas vivenciadas no Brasil acontece com o aumento acelerado de idosos portadores de um quadro de múltiplas doenças crônicas e estado de fragilidade decorrente da perda da **capacidade funcional**, ou seja, a realização de tarefas essenciais para uma vida independente, incluindo as atividades de autocuidado e as domiciliares, com necessidade de ajuda de outra pessoa; o que demanda ações frequentes, contínuas e dispendiosas, por parte do sistema de saúde e das famílias, para atender às necessidades desta nova estrutura etária emergente. (CHAIMOWICZ, 1997; SILVESTRE e COSTA NETO, 2003; MORAES, 2016, grifo nosso).

Diante desta realidade, o sistema de saúde brasileiro tem o desafio de estruturar-se, orientado pelas políticas públicas estabelecidas de forma a considerar o impacto do envelhecimento nos serviços, a alta incidência de DCNT com a alta utilização dos sistemas, elevando assim os custos e necessidades distintas e progressivas de assistência. (CARVALHO *et al.*, 2015).

Em apenas cinco anos, a dependência da população idosa vai começar a ser significativamente alta, as crianças que já pertencem a gerações menores serão a força de trabalho e terão de enfrentar cada vez mais a dependência dos idosos. (TIBULO, CARLI e DULLIUS, 2012).

As implicações da transição demográfica e epidemiológica que ocorrem no Brasil e no mundo vão muito além dos benefícios previdenciários e assistenciais. O aumento da população muito idosa pode trazer maior demanda por cuidados, além de melhorias e adaptações adequadas nas condições de habitação, segurança pública, transportes, dentre outros. Os

serviços de saúde deverão também sofrer maior pressão, pois a demanda tende a aumentar assim como a complexidade, os custos e a exigência de especialidades. (VERAS, 2001; CAMARANO, 2014).

2.3 Aspectos jurídicos da proteção social da população idosa no Brasil

O envelhecimento da população brasileira e a mudança na sua estrutura etária requerem políticas públicas e profissionais de saúde com atitudes definidas na abordagem de atenção à saúde do idoso, com vistas a preservar a autonomia, a participação, o cuidado, a autossatisfação e a possibilidade de o idoso atuar em variados contextos sociais. (CAMACHO e COELHO, 2010). Assim, há uma gama de marcos legais e jurídicos, muitos dos quais resultaram em políticas e programas governamentais, que foram estruturados justamente para garantir a proteção social das pessoas idosas.

Nesse sentido, vários autores destacam a importância de três marcos jurídicos relativos à proteção da saúde dos idosos: a Constituição Federal de 1988, a PNI e o Estatuto do Idoso. (GROSSI e GUILAMELON, 2006; BATISTA *et al.*, 2008; CAMACHO e COELHO, 2010; FERNANDES e SOARES, 2012; MISSIAS MOREIRA *et al.*, 2013).

A Constituição Federal de 1988 é hoje um marco central para analisar a evolução e as principais características do sistema de proteção social no Brasil. Instituído novas regras para os benefícios vinculados ao seguro social, criando benefícios não contributivos e assegurando a integração das políticas de saúde, previdência e assistência social sob o princípio da Seguridade Social, a Carta Magna alterou o quadro da proteção social com expressivos impactos tanto em termos de ampliação da cobertura como em termos distributivos. (BATISTA *et al.*, 2008).

A primeira vez que foi citado e assegurado o direito à vida e à cidadania ao idoso foi na Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1990a; SISAP-IDOSO, 2016).

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. - § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (Constituição Federal, art. 230, 1988).

Este direito universal e integral à saúde foi reafirmado então com a criação do SUS (WILLIG, LENARDT e MÉIER, 2012), pela Lei Orgânica de Saúde. (BRASIL, 1990b; SISAP-IDOSO, 2016).

Apenas quatro anos depois, em 1994, foi criada uma lei específica que assegurava os direitos sociais dos idosos, a PNI (Lei Nº 8.842/1994), (BRASIL, 1994; SISAP-IDOSO, 2016), regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, porém esta lei era limitada e não descrevia diretrizes específicas em relação a programas de saúde do idoso. Em 1999, foi implantada a PNSI pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999; SISAP-IDOSO, 2016). Esta lei tem o teor voltado para a saúde do idoso e estabelece as diretrizes essenciais que norteiam os programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. Esta política pretende recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde. (FERNANDES e SOARES, 2012; PORTINHO, MORETTO NETO e BERNARDINI, 2013).

Contabilizam-se conquistas democráticas importantes, como a elaboração e publicação do Estatuto do Idoso em 2003 (Decreto-lei nº 10.741/2003) que regulamenta os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) em 2004 (Decreto nº 5.109/2004). (SISAP-IDOSO, 2016).

Entre os anos de 2006 e 2011 foram realizadas, no Brasil, três Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa Idosa que contaram, de forma progressiva, com uma expressiva participação da sociedade civil e do governo. (FERNANDES e SOARES, 2012; ALCÂNTARA, CAMARANO e GIACOMIN, 2016).

Em relação ao estabelecimento de Políticas Públicas e Planos setoriais propostos de forma conjunta (governo e sociedade) destacam-se: a Política Nacional de Prevenção a Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência 2001; o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, 2004; a PNSPI, 2006; o II Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, 2007. (FERNANDES e SOARES, 2012; ALCÂNTARA, CAMARANO e GIACOMIN, 2016).

De forma concomitante busca o fortalecimento da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa por meio das seguintes ações: Programa Bolsa Família, Programa Brasil sem Miséria, Programa Minha Casa Minha Vida, entre outros. (FERNANDES e SOARES, 2012).

Em resposta às demandas da sociedade civil, o Governo Federal propõe uma série de serviços e programas de atendimento às pessoas idosas, a fim de dar voz às vítimas que tiveram

e têm seus direitos violados. Em 2011 foi implantado o Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos – DDH 100. (FERNANDES e SOARES, 2012).

Ao que diz respeito à legislação, pode-se perceber que as propostas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estão bem traçadas, no entanto, cabe aos gestores dos serviços e à equipe de saúde discutir as prioridades de atenção e facilitar uma política em rede que atenda esta população. Entretanto, dentre os diversos problemas políticos, judiciários e midiáticos graves do Brasil e que causa preocupação, faz-se importante ressaltar a política de desmonte dos serviços públicos, ataque aos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários adquiridos, aos quais a população brasileira enfrenta por meio de ações do governo federal de transição, que assumiu o poder em 01 de setembro de 2016, tornando incerto o cumprimento dos direitos supracitados.

2.4 Atenção à saúde do idoso na atenção primária

A Atenção Básica atua visando à promoção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças e à redução de danos que possam comprometer a qualidade de vida das pessoas. A Saúde da Família vem como principal estratégia por proporcionar um vínculo maior entre profissional de saúde e usuário de acordo com a delimitação de territórios. Assim, compete aos profissionais atuantes nas Unidades Saúde da Família (USFs) o acompanhamento da população idosa de sua área de abrangência como alicerce para uma assistência integral na saúde. (COUTINHO *et al.*, 2013).

Sabe-se que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, são afetados mais frequentemente pelas doenças crônicas e exigem intervenções mais onerosas, além de demanda de tempo. Junto a isso, há o fato de que as taxas de internação dessa população são mais elevadas e com um maior tempo médio de ocupação de leitos. A insuficiência dos serviços ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento se dê, na grande maioria das vezes, em estágios avançados de evolução das doenças, aumentando os custos e reduzindo as chances de um prognóstico favorável. Do ponto de vista de saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para se operacionalizar uma política de atenção à saúde. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem ter o objetivo de melhorar a capacidade funcional ou, no mínimo, preservá-la e, sempre que possível, recuperá-la. (VERAS, 2001).

Para alcançar um modelo de saúde adequado que atenda as necessidades dos idosos e que estes envelheçam com qualidade de vida, sem gerar grandes custos para o sistema, devemos

pensar em políticas de saúde que substituam os modelos curativistas, além de implementar programas que promovam a habilidade funcional do indivíduo. A assistência à saúde dos idosos deve se dar prioritariamente através da atenção primária, a fim de evitar ou protelar hospitalizações e institucionalizações, que encarecem o tratamento de saúde e sobrecarregam os recursos econômicos do país. Diante disso, a melhor estratégia para se cuidar do idoso é tê-lo sempre em observação, acompanhando sua saúde. (VERAS, CALDAS e CORDEIRO, 2013).

Neste sentido, a presença crescente de pessoas idosas na sociedade e as mudanças na oferta de cuidados disponíveis no âmbito familiar impuseram o desafio de incorporar o tema do envelhecimento populacional às políticas públicas e de implementar ações de cuidado para essa população. Tal desafio tem adquirido maior complexidade já que há um aumento dos idosos muitos idosos, com 80 anos e mais, e com maior probabilidade de ser afetado pela deterioração de suas condições físicas e mentais. Tal situação exige a organização da oferta de serviços e de atendimentos especiais no âmbito da proteção social, diferentes dos prestados tradicionalmente pela previdência social, pela assistência ou pela saúde. Tais serviços incluem o apoio para a realização de **atividades da vida diária – AVDs**, a saber: tarefas necessárias para o cuidado com o corpo ou autopreservação, com o domicílio ou atividades domésticas e para realização de atividades produtivas, recreativas e sociais; a promoção da **autonomia**: capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções; e o desenvolvimento de atividades preventivas no âmbito da saúde. (BATISTA *et al.*, 2008; MORAES, 2016, grifo nosso).

As mudanças demográficas e sociais que vêm ocorrendo nas sociedades modernas colocam em destaque o problema da **dependência**, ou seja, a dificuldade para realização de tarefas essenciais para uma vida independente, incluindo as atividades de autocuidado e as domiciliares, com necessidade de ajuda de outra pessoa entre a população idosa. (MORAES, 2016, grifo nosso).

Devido ao aumento do tempo de vida, assiste-se ao crescimento das pessoas idosas e muito idosas, assim como das pessoas idosas dependentes. Paralelamente, observa-se uma maior autonomia física, psicológica e financeira da população de idade mais avançada, uma generalização do trabalho feminino e expressivas mudanças nos arranjos familiares, propiciando um maior número de idosos vivendo sós. Assim, o problema da dependência impõe-se progressivamente como relevante, não apenas pelo aumento da população em idade mais elevada, com maior risco de apresentar doenças crônicas degenerativas, como também devido à redução do apoio familiar a ela disponível, fazendo com que as pessoas idosas em

situação de dependência passem a estar mais vulneráveis em comparação ao passado. Do ponto de vista da política de saúde, os estudos têm indicado a importância dos serviços focarem a prevenção e o tratamento das doenças crônicas que afetam as pessoas idosas. Isso exigirá a transformação do paradigma hegemônico na medicina hoje, dominado pela biologia, para um modelo socioambiental, que considere as doenças a partir de uma perspectiva mais abrangente, analisando também os aspectos emocionais, psicológicos e sociais envolvidos no perfil de saúde das pessoas idosas. (BATISTA *et al.*, 2008).

Existem duas linhas de ação que podem minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde e assistência social: o incremento na capacidade dos sistemas de apoio formal e informal ao idoso e a redução da demanda, ou compressão da morbidade. A promoção de saúde e a prevenção primária e secundária de doenças são as alternativas que apresentam o melhor custo benefício para alcançar a compressão da morbidade. Sua importância deve ser enfatizada nos cursos de graduação e de educação continuada da área da saúde. (CHAIMOWICZ, 1997).

As questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida. Neste sentido, o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde. Isto geralmente implica em custos onerosos para o sistema de saúde. (CHAIMOWICZ, 1997).

Para alcançar os objetivos de promover o envelhecimento saudável e manter os idosos com independência pelo maior tempo possível, é necessário que os profissionais atuantes nos serviços de atenção à saúde tenham o conhecimento adequado da população com a qual trabalham. E também o conhecimento das alterações dos aspectos senescentes e de senilidade do idoso, o que implica em recursos humanos, tanto materiais quanto financeiros e físicos, educação, emprego e assistência social, alicerçados em políticas públicas. Este conhecimento permite a realização de diagnósticos corretos da situação das pessoas idosas, para, assim, planejarem as intervenções com segurança. (GARCIA *et al.*, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a inserção das diretrizes propostas pela PNSPI na perspectiva do profissionais que atuam na atenção básica do município de Diamantina, no estado de Minas Gerais, que seja de competência do município.

3.2 Objetivos Específicos

=> Identificar os programas em saúde do idoso implantados na atenção básica do município de Diamantina.

=> Identificar os desafios e possibilidades na implantação dos programas relacionados à PNSPI.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e local da pesquisa

O estudo realizado foi de natureza exploratória com abordagem qualitativa, desenvolvido nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Diamantina-MG e/ou sedes das Estratégias Saúde da Família (ESFs).

Diamantina localiza-se no Alto Vale do Jequitinhonha a 292 Km da capital do estado de Minas Gerais (MAPA 1). Possui uma economia ligada às atividades de comércio, prestação de serviço, turismo, centro universitário e, principalmente saúde, destacando-se por ser um polo de atendimento em saúde na região do Vale do Jequitinhonha.

Mapa 1 - Localização de Diamantina na mesorregião do Vale do Jequitinhonha, estado de Minas Gerais.



Fonte: Minas Gerais, 2016; Portal Polo Jequitinhonha, 2016. Adaptado.

Segundo o Censo Demográfico de 2010, Diamantina, MG, possuía uma população de 45.880 habitantes (48,5 % de homens e 51,5% de mulheres) dos quais 10,8% eram idosos (IBGE, 2010). Desta população, 12,7% pessoas residiam na área rural e 87,3% na área urbana.

Segundo a PNAD de 2014, o percentual da população idosa de Diamantina aumentou para 12,6%, em 2012. (IBGE, 2014).

Em 2015, a estimativa da população do município aumentou para 47.952 pessoas. (IBGE, 2015b).

O município dispunha de uma rede de saúde representada pelos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), possuía 15 equipes de saúde implantadas, com uma estimativa de atendimento de 34.500 pessoas, ou seja, abrangia uma proporção de cobertura em atenção primária de 74,80%. Possuía um Núcleo de Apoio à Saúde da Família em modalidade I, três equipes de saúde bucal implantadas de modalidade I e uma de modalidade II implantada, mas que porém, no momento da pesquisa encontrava-se desativado. (SIAB, 2016).

Apesar dos avanços em relação às leis e portarias que buscam assegurar os direitos dos idosos no Brasil, o município de Diamantina conseguiu sancionar a lei nº 3.499, somente em 16 de novembro de 2009, que criava o Conselho do Idoso e dispunha sobre a política de assistência ao idoso municipal, sendo que no período da pesquisa o Conselho do Idoso do município encontrava-se inativo. (DIAMANTINA, 2009).

4.2 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram o secretário de saúde e os profissionais da atenção básica do município, sendo eles: secretário de saúde, coordenador da atenção básica e os enfermeiros gestores das ESFs. Estes profissionais foram escolhidos por fazerem parte da equipe de atenção básica da área da saúde e serem considerados os indivíduos que abarcavam um conjunto de conhecimentos que os permitiriam responder questões que contemplavam a rede de atenção do idoso. No município em questão, o enfermeiro é o responsável direto pela coordenação do centro de saúde, e por isto foram selecionados dentro da equipe das ESFs para participar da pesquisa.

A seleção dos sujeitos se deu por amostra intencional, uma vez que eles são administrativamente responsáveis pelas ESFs que desenvolvem o atendimento em saúde do idoso no âmbito da atenção básica, perfazendo o total de 15 participantes. A amostra intencional baseia-se na ideia de que o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser utilizado para que os indivíduos sejam incluídos na amostra. Sendo assim, o pesquisador pode selecionar, propositalmente, os sujeitos conhecedores do assunto em estudo. (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Os fatores de inclusão foram: ser secretário de saúde, coordenador da atenção básica ou gestor da ESF no município de Diamantina e aceitar participar da pesquisa. Já os fatores de exclusão foram: estar afastado do trabalho ou não aceitar participar da pesquisa.

Optou-se neste estudo pela transcrição direta da fala dos entrevistados em que predomina a forma coloquial de linguagem.

4.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido a processo de avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Sofia Feldman, protocolo nº 764.341 (Anexo A), assentindo para com os aspectos éticos apontados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (CNS, 2013).

Solicitou-se a carta de copartícipe ao Secretário de Saúde de Diamantina (Anexo B) e encaminhada ao CEP supracitado para a emissão do parecer substanciado.

Também foi solicitada aos participantes do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A).

4.4 Coleta de informações

Inicialmente, a pesquisadora apresentou o projeto à equipe de saúde a ser entrevistada e solicitou colaboração da mesma para participação no estudo. Em sequência, os sujeitos foram convidados a participar do estudo através de contato telefônico e agendamento da entrevista, de acordo com a disponibilidade de cada um. As entrevistas foram realizadas nas Unidades de Saúde ou na Secretaria de Saúde do município. Cada sujeito foi orientado quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e sobre o compromisso da pesquisadora em manter sigilo absoluto das informações recebidas, impossibilitando qualquer prejuízo pessoal ou profissional decorrente da participação na pesquisa. Não houve relação de autoridade entre a pesquisadora e participantes da pesquisa.

Antes da entrevista, foi solicitado aos participantes que assinassem o TCLE, em duas vias, sendo que uma via permaneceu em posse do mesmo e a outra foi entregue à pesquisadora.

O risco relacionado com a participação do sujeito consistiu no possível constrangimento causado pela presença da pesquisadora no seu ambiente de trabalho, bem como os questionamentos sobre assuntos que envolvem sua relação com o serviço. Esse risco foi

minimizado pela orientação do delineamento do projeto de pesquisa e a reafirmação do anonimato do entrevistado.

A coleta foi realizada através de entrevista semiestruturada, pela pesquisadora, no período de 15 a 30 de janeiro de 2015, subsidiada por questões baseadas nas diretrizes da PNSPI, de acordo com um roteiro. Estas entrevistas tiveram o tempo médio de duração de 15 minutos e foram realizadas na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina ou nas sedes das ESF, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. A técnica utilizada foi o registro dos dados por meio de gravador de áudio, após permissão dos participantes, sendo que durante a transcrição cada entrevistado foi associado ao nome de uma pedra preciosa ou semipreciosa (Diamante, Ouro, Topázio, Esmeralda, Água, Jaspe, Jade, Quartzo, Turmalina, Onix, Opala, Citrino e Ametista), preservando assim a identidade do entrevistado.

Os questionamentos realizados durante a entrevista foram: 1. Há quanto tempo você trabalha nesta função?; 2. Você conhece as diretrizes do PNSPI?; 3. Existem programas baseados no PNSPI no município de Diamantina?; 4. Quantos idosos são atendidos em sua unidade de saúde?; 5. Qual(is) ações/estratégias você proporia para operacionalizar programas em saúde do idoso em sua unidade?; 6. Qual(is) instituições poderiam contribuir na criação/operacionalização de programas relacionados ao PNSPI no município?

4.5 Estratégia analítica

A análise das informações foi fundamentada na abordagem qualitativa e sistematizada, seguindo as diretrizes da técnica de Análise de Conteúdo tipo Temática, proposta por Lawrence Bardin, através da análise categorial que considera a totalidade do texto na análise, submetendo-o a um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de elementos de sentido. É considerado um método de gavetas ou de rubricas significativas, que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem. (BARDIN, 2011).

De acordo com Oliveira (2008), adotou-se a sequência processual, descrita a seguir, para explorar o material e, logo depois, organizar e reunir os dados, permitindo uma visualização do conteúdo explorado.

1) Leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto: foi realizada a leitura exaustiva das entrevistas, de forma que o pesquisador entendesse o conteúdo das transcrições das entrevistas, sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura.

2) Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado: através da leitura flutuante foi possível a construção de hipóteses provisórias sobre os conteúdos do texto analisado. Durante a leitura flutuante, definiu-se algumas hipóteses que foram escritas ao lado de cada resposta para posterior análise e definição dos temas.

3) Determinação das Unidades de Registro (URs): consistiu na escolha do tipo de Unidade de Registro (UR) adotado ao longo da análise. As URs escolhidas foram palavras, frases, parágrafos, que trouxeram sentido à fala de cada entrevistado, agrupando-as, assim, nas temáticas analisadas. Essas unidades foram sublinhadas com diferentes cores, de acordo com o tema em que se enquadravam, facilitando o agrupamento, e foram categorizadas, dando origem às categorias de análise e subcategorias (Apêndice B).

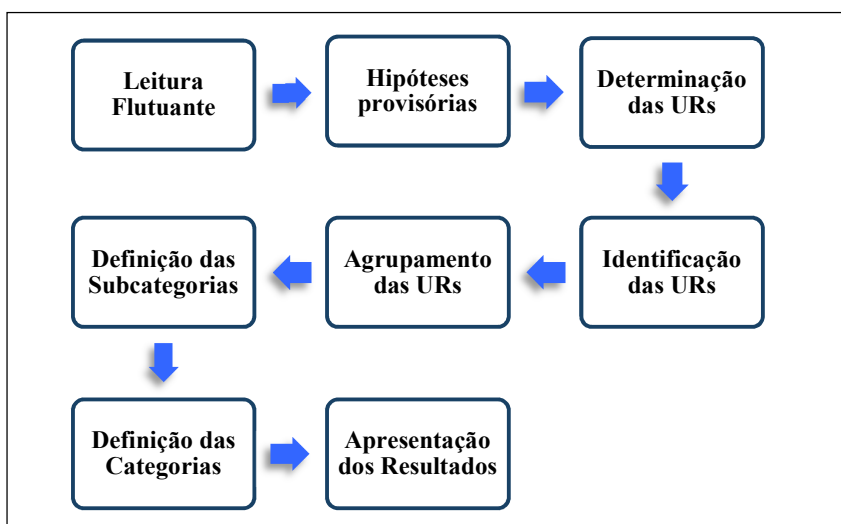
4) Definição das subcategorias e categorias: após o agrupamento das URs, estas foram associadas a categorias e subcategorias, ou seja, cada tema foi composto por um conjunto de URs.

5) Tratamento e apresentação dos resultados: foram separadas as falas dos entrevistados que se remetiam aos resultados encontrados e foram discutidos de acordo com a literatura encontrada e a experiência profissional e teórica da autora.

Baseado nesse processo as URs foram agrupadas, estabelecendo a formação de subcategorias e categorias, sendo apontados, a partir de inferências, os núcleos de sentido.

Para efeito didático, as várias etapas realizadas para a análise dos dados estão esquematizadas no fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma das etapas realizadas no processo analítico.



Fonte: OLIVEIRA, 2008. Adaptado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 12 profissionais entrevistados, 10 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Quanto à profissão, participaram 11 enfermeiros e uma administradora, sendo que estes exercem diferentes funções: enfermeiro responsável por unidade básica, coordenador de atenção primária e o secretário de saúde.

Três sujeitos foram excluídos da pesquisa: um por estar em férias no momento da coleta (enfermeiro), um por ter sido excluído da equipe de saúde antes que o pesquisador pudesse entrevistá-lo (enfermeiro) e um centro de saúde estava sem enfermeiro na época em que foi realizada a coleta. Assim sendo, a amostra final ficou formada por doze (12) profissionais.

A amostragem em uma pesquisa qualitativa relaciona-se com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma instituição, ou de uma representação. A amostra ideal consiste naquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. (MINAYO, 2006).

A partir da organização e análise do conteúdo dos discursos, os resultados foram descritos em subcategorias e categorias para melhor compreensão. Foram identificadas três temáticas (categorias) para discussão dos dados, sendo elas: conhecimento, atividades desenvolvidas e intersetorialidade (QUADRO 2).

Quadro 2 – Subcategorias e Categorias segundo a percepção dos profissionais da atenção básica de saúde sobre os serviços direcionados ao idoso no município de Diamantina-MG, 2016.

Categorias	Subcategorias
Conhecimento	Conhecimento e aplicação das leis Dificuldade em trabalhar com o idoso Atendimento em demanda espontânea
Atividades desenvolvidas	Grupo Operativo HIPERDIA (Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus) Atividades físicas
Intersetorialidade	CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) Prefeitura Universidade Comunicação na rede de saúde

Em consonância com Bardin (2011), o tema é utilizado, geralmente, como UR para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências e outros.

5.1 Conhecimento

Esta categoria diz respeito ao conhecimento dos profissionais sobre a atenção à Saúde do Idoso no município de Diamantina – MG.

5.1.1 Conhecimento e aplicação das leis

Metade dos profissionais entrevistados não conhecia as diretrizes do PNSPI e a outra metade relatava conhecer pouco ou superficialmente.

Murta (2005) estudou a velhice ao olhar da equipe de saúde da família em Diamantina e constatou que apenas 12,8% dos entrevistados, dentre eles agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos, referiam conhecer a PNSPI. Constatou também que a maioria dos profissionais desconhecia ou não tinha recebido o Caderno de Atenção Básica, que abordava as questões relacionadas à saúde do idoso para a atenção básica.

Os resultados de nosso estudo, após 12 anos, mostraram que não houve mudanças significativas no padrão observado no trabalho de Murta (2005).

Eu conheço, mas não tenho assim um conhecimento mais aprofundado sobre as diretrizes do idoso. Eu tenho o conhecimento sim, mas não aprofundado (**Topázio**).

Eu conheço superficialmente. Não sei te falar detalhes não (**Quartzo**).

Ainda não tive tempo de pesquisar e estudar (**Opala**).

Os entrevistados citaram a importância do conhecimento das leis, neste caso a PNSPI, e a aplicação destas na rede de saúde básica do município como ações primordiais para a melhoria do atendimento da população idosa.

Aquilo que tem em lei. Que na verdade tem lei, mas na prática, isso não acontece. Eu acho que deveria assim, sei lá, por parte dos governantes, né? Implantar outros tipos de programas voltados para essa saúde do idoso e que é tão, assim... bem dizer defasado, né? Ou se não existe. Né? Só sei que é muito assim... não é plenamente cumprido aquilo que é determinado pelo Ministério da Saúde (**Citrino**).

[...] primeiro eu teria que conhecer essas diretrizes da saúde do idoso, que eu não tenho conhecimento (**Ametista**).

A presença atuante do Estado na proteção dos direitos dos idosos é fundamental para a efetividade das leis e portarias voltadas a esta população. Todavia, o Poder Público não pode agir só. É preciso que Estado, família e sociedade atuem juntos, de forma a se articularem, valorizando o idoso enquanto integrante da sociedade. É necessário também que toda essa

realidade normativa seja de conhecimento da sociedade. De nada adianta a produção de leis, se estas não alcançam os indivíduos, principalmente os diretamente envolvidos. Um dos passos mais importantes para a eficácia de qualquer norma consiste em informar e educar os cidadãos acerca dos princípios que precisam ser experimentados pela sociedade, na perspectiva de efetivar as garantias dos idosos. (ARGOLO e FURTADO, 2013).

Na fala de alguns entrevistados observou-se que estes consideram o estabelecimento dos programas e fluxos para o atendimento do idoso como função do município ou estado.

Aqui em Diamantina é muito fraco na saúde do idoso, sabe? Eu acho que deveria incentivar muito mais. A gente tem um número de idosos muito grande, mas não tem programas voltados para a saúde do idoso assim (**Topázio**).

Não tem estruturado, mostrando como que se faz o fluxograma. Como que acontece cada situação não tem aqui em Diamantina não (**Ouro**).

Por outro lado, alguns entrevistados perceberam a importância do profissional inserido no centro de saúde estar ciente das necessidades da sua população de abrangência e ter iniciativa na criação de estratégias para captação e atendimento dos idosos.

Acho que tem que partir dos profissionais. Acho que a gente não pode ficar falando de outros níveis, de gestão não. Acho que a gente tem que começar daqui. Eu acho que isso vai da boa vontade do profissional que tá aqui, nós enfermeiros mesmo. De começar aqui! Você vai ficar esperando vir programa, implantar programa, para você tirar um dia pro idoso? Você tem que fazer um dia pro idoso! Você só atende o idoso. Explicar pro idoso questão da prevenção mesmo que é foco da atenção básica que eu acho que isso aí deve partir muito da gente, mas que a gente, infelizmente..., a gente vai ter que trabalhar muito isso... (**Diamante**)

Além de conhecer mais sobre a legislação acerca da população idosa, foi mencionada a importância de se conhecer a população com a qual se está trabalhando.

Então a gente precisa conhecer mesmo esses idosos, fazer um levantamento. [...] Que a gente estaria fazendo propostas pra eles... É, e assim, envolver os agentes de saúde, toda a comunidade, pra que eles venham, né? Pra que eles entendam a importância de estar participando das atividades. [...] Então primeiro é um levantamento mesmo, treinamento da equipe, mobilização, mobilização social..., né? E começar as atividades (**Quartzo**).

É importante que os profissionais das equipes de saúde da família fiquem atentos à mudança do perfil populacional de sua área de abrangência, conhecendo-a melhor, e observando se há um aumento significativo da população idosa. Cabe aos profissionais trabalhar com medidas de promoção à saúde específicas a essa população e a identificação precoce de seus agravos mais frequentes, intervindo com medidas de reabilitação para que não

haja o afastamento do convívio social e familiar por parte do idoso. O enfermeiro deve conhecer a realidade do idoso e sua família, inclusive as características econômicas, sociais, demográficas, culturais e epidemiológicas, para assim, entender o contexto que aquele indivíduo está inserido. A identificação dos problemas de saúde e situação de risco permite elaborar um planejamento para enfrentar de forma mais concisa os problemas encontrados. (PORTINHO, MORETTO NETO e BERNARDINI, 2013).

Na atenção básica existem instrumentos que facilitam o acompanhamento dessas mudanças do perfil populacional, através da coletas dos dados, que se dá através de fichas que deverão ser preenchidas com informações sobre os usuários e sua situação de saúde e moradia. As fichas são separadas por cada microárea dos centros de saúde e os dados são armazenados no SIAB, ficando disponíveis para os profissionais para consultas que se fizerem necessárias. Todos os enfermeiros têm conhecimento desses instrumentos e devem utilizá-los no seu cotidiano para potencializar as ações voltadas à população da sua área de abrangência. (BRASIL, 2003).

Em relação [...] da quantificação de idosos que são atendidos na unidade, me lembrei que a gente tem como saber disso pelo SIAB (**Ametista**).

Nossa, deixa eu ver... Pensar aqui... Uns 59, assim, que eu vejo pela ficha, né? Pelo SSA2, que a gente, assim, 59 hipertensos, 60 diabéticos, por agente de saúde (**Opala**).

Em relação aos programas relacionados à PNSPI, houve contradição entre as respostas dos entrevistados. Alguns citaram a existência de programas em desenvolvimento no município, outros a não existência de programas e mais alguns entrevistados não sabiam informar. Alguns profissionais consideravam como programas o desenvolvimento de atividades físicas e grupos operativos, já outros frisavam não haver uma rede definida, com fluxos bem estabelecidos.

Não tem nada estruturado, mostrando como que se faz, o fluxograma, como que acontece cada situação não tem aqui em Diamantina não (**Ouro**).

Não sei te informar, viu? Não sei... (**Topázio**).

Não tem nada específico de trabalho assim, algumas unidades podem trabalhar com os grupos, mas não tem um trabalho grande, dentro da coordenação (**Quartzo**).

Existem. Só que na prática não são cumpridos (**Citrino**).

Segundo Murta (2005) as atividades que eram desenvolvidas e monitoradas pelo MS, eram a imunização contra a influenza e pneumococos, além das cirurgias de catarata realizadas em épocas de campanha. No nosso estudo não foram citadas as cirurgias, mas as imunizações continuam sendo realizadas com a monitorização do Estado.

Tem metas de programas que são mais importantes, né, como metas de vacina [...], essas coisas estão tudo assim, muito além do que precisava estar (**Ágata**).

Embora os entrevistados não tenham citado, faz-se saber que existem alguns programas que são desenvolvidos no município que são considerados voltados ao público idoso, como a farmácia popular e a distribuição de medicamentos para os pacientes diagnosticados com Alzheimer.

5.1.2 Dificuldade em trabalhar com o idoso

No texto da PNSPI, o MS aponta que é de responsabilidade do gestor municipal garantir a educação permanente para toda a equipe da Saúde da Família, e desta forma garantir o desenvolvimento de ações voltadas a este público. Sem o conhecimento adequado, não há possibilidade de realizar um bom atendimento da saúde idosa. (COSTA *et al.*, 2015).

[...] E isso eu acho que já vem muito da grade curricular, da faculdade da gente, que idoso praticamente a gente não tem. Se eu li uma vez a Política Nacional do Idoso foi muito. Uma vez e nem foi na faculdade, foi na minha especialização de saúde coletiva. Foi o que eu vi um pouquinho mais, porque na faculdade eu não vi praticamente nada... (**Diamante**).

Segundo Portinho, Moretto Neto e Bernardini (2013), no que se refere à formação profissional, é necessário se investir nas universidades para que haja melhor capacitação dos profissionais no trabalho com os idosos. A inclusão de uma disciplina sobre o envelhecimento e seus aspectos é de extrema importância e torna-se uma prioridade.

Já Motta e Aguiar (2007), acrescentaram que aliado à falta de treinamento específico para a avaliação da capacidade funcional, os profissionais de saúde não estão habilitados na identificação e intervenção nas síndromes geriátricas.

A escassez de especialistas em geriatria e gerontologia no Brasil é hoje uma realidade. Existem poucos programas de residência e os que existem se aglomeram, em sua maioria, na Região Sudeste, assim como os cursos de especialização. A formação do especialista em

Geriatrics e Gerontology é uma atribuição da Sociedade Brasileira de Geriatrics e Gerontology (SBGG), e tem o objetivo de inserir o profissional no sistema de saúde dentro de suas especificidades. (MOTTA e AGUIAR, 2007).

Além disso, há o relato da dificuldade em lidar com a população de idosos.

Nossa, eu acho tão difícil trabalhar com idoso... Eu acho que eles têm tanta resistência de vim... [...] Não sei se por eu não... Não sei, talvez eu não consigo captar eles por causa de eu não gostar muito de... Não, não gostar... Eu acho mais difícil trabalhar com idoso. Deles entenderem a importância, talvez seja por isso (**Onix**).

Então a gente tem uma agenda e a gente vê que o idoso é sempre deixado em último lugar (**Diamante**).

Oh, na verdade, a gente, é... eu nem trabalho muito com idoso, né? Não é porque eu não gosto não, né? (**Esmeralda**).

Souza e Ribeiro (2013) discutiram o estresse dos enfermeiros ao lidar com idosos, por estes apresentarem situações de saúde críticas, exigirem maior demanda de tempo e de tarefas em relação ao seu cuidado, dificuldades na relação interpessoal e dificuldade em aceitar a morte dos pacientes. Somado ao fato, ainda existe o estresse de lidar com enfermeiros que não tiveram estudo de base ou especializada, gerando dificuldades em se entender a extensão da necessidade dessa população idosa.

Junto à dificuldade de captação, existem as barreiras ambientais e estruturais que dificultam o acesso do idoso ao serviço de saúde.

Aqui é difícil as ruas, né? Pra uma pessoa que tem deficiência e pra um idoso é difícil demais a locomoção. Então, o que eu vejo, assim, eu tenho que tentar fazer de uma forma que ele seja bem atendido. Ele tem que ter pelo menos o acesso (**Ágata**).

Então é tudo assim, com escada ou então é assim, o piso não atende ou é irregular, porque são casas mais antigas (**Ágata**).

Oliveira *et al.* (2014), citaram que “acessibilidade inclui investimento em meios de circulação/compatibilização (otimização) do tempo requerido para a atividade e o percurso (deslocamento).” Além disso, discute a fala de que “os estabelecimentos de saúde antigos não foram adaptados aos usuários, ao passo que “os novos são”. No município, como relatado pelo entrevistado, existem serviços alocados em ambientes inadequados, que necessitam de melhor acessibilidade. Há dificuldade em se promover um ambiente adequado à população idosa.

Existem programas do governo que focam nesta melhor acessibilidade, como o “Cidades Saudáveis” e “Cidades Amigas dos Idosos”. Estes programas são fundamentais para

se envelhecer em ambientes saudáveis, o que fez com que algumas cidades se interessassem em desenvolver programas e ambientes que as tornassem “amigas do idoso”. (OMS, 2008).

De acordo com estes programas:

Uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

Reis (2009) discute que os idosos são obrigados a se adaptarem à falta de infraestrutura adequada às suas necessidades. No processo de urbanização, algumas cidades foram construídas com muitos obstáculos que dificultam ou impedem a circulação com autonomia e independência, principalmente dos portadores de mobilidade reduzida, como os idosos. Para estes, as barreiras físicas constituem-se em uma parte dos problemas, desfavorecendo a vida em sociedade. Assim, ambientes com obstáculos oferecem poucas oportunidades para o desenvolvimento de potencialidades e impedem que o sujeito assuma um papel ativo na sua sociedade. Associado a estes problemas, os idosos do município de Diamantina convivem com as barreiras de uma cidade tombada como patrimônio mundial da humanidade, que, por este motivo, mostra dificuldades em alterações ambientais para promover a melhoria da acessibilidade urbana necessária, além de uma topografia que dificulta uma acessibilidade adequada.

A gente não tem estrutura, principalmente aqui em Diamantina, como tem muito morro, até para fazer estas atividades, não tem uma praça que você possa reunir essa população, essa demanda. Então isso tudo dificulta implantar este tipo de atividade, né? (**Ouro**).

5.1.3 Atendimento por demanda espontânea

Ainda nesta temática, nenhum dos entrevistados soube quantificar os idosos atendidos em suas unidades de trabalho, porém sabiam que, na sua maioria, estes atendimentos eram direcionados a este público.

Verificou-se que os atendimentos são por livre demanda, o idoso chega ao serviço solicitando o atendimento. Apesar dos profissionais terem a percepção de que a maioria dos atendimentos de livre demanda seja por parte da população idosa, não há um planejamento de ação para esta população. A quantificação da população atendida se dá através do cadastro das micro-áreas, que são ações já previstas pelo Programa Saúde da Família (PSF).

[...] é uma população praticamente de idosos. Então a maior parte da minha população é idosa. É, mais ou menos eu tenho 3.900 e poucas pessoas na minha equipe, acredito que 70% seja idosos (**Turmalina**).

Nossa, em média não sei te informar. A maior parte minha é idosos. É, a maior parte é idosos. São muitos mesmo. [...] Fora as consultas do dia a dia quem procura mais é idosos mesmo. Mais idosos. É uma população mais idosa (**Jade**).

[...] Deve ser na margem de 250 a 300, por aí. Mas não tenho um número exato não, entendeu? Que a gente fecha produção, né? Cada produção que a gente fecha. Às vezes esse número é alterado, né? (**Citrino**).

Mendes (2014) afirma que a confiança e vinculação do indivíduo garante uma assistência adequada. Sendo assim, é necessário que haja uma atenção organizada numa lógica de rede, sem que exista a fragmentação do cuidado. Esta fragmentação pode gerar um sistema de saúde sobrecarregado com consequente aumento do custo e ineficiência do serviço. Ao contrário, se há um acompanhamento da saúde destes idosos, com gerenciamento dos casos, consequentemente aparecem a redução da institucionalização, do uso da emergência e do tempo de internação.

Esta dificuldade no planejamento das atividades, fazendo com que a população seja atendida em demanda espontânea, foi justificada por um dos entrevistados pela dificuldade em se trabalhar com tantos programas e uma população diversificada e grande, além do enfermeiro ter que assumir atividades assistenciais e administrativa. Entretanto, como Mendes (2014) afirmou, um planejamento das ações facilita o trabalho diminuindo sua sobrecarga.

Porque nossa demanda é muito grande, a gente não consegue trabalhar todas as faixas etárias, de todos os programas, é uma demanda muito grande: a parte assistencial e a administrativa. Sobrecarrega muito o enfermeiro. Então a gente não consegue trabalhar tudo (**Quartzo**).

Uma rede de atenção ao idoso bem trabalhada, com fluxos bem definidos e uma comunicação efetiva contribui também para um melhor planejamento de ações e para a diminuição da sobrecarga do enfermeiro. O suporte especializado ajudaria o enfermeiro a estabelecer condutas e dar seguimento ao cuidado com o idoso de forma segura e eficiente, trazendo benefícios diretos à saúde dos usuários.

5.2 Atividades Desenvolvidas

Esta categoria discute a percepção que os profissionais têm em relação à sua prática ao que diz respeito à saúde do idoso.

5.2.1 Grupo Operativo

Mendes (2013) observa que os grupos operativos que são desenvolvidos nos Centros de Saúde têm a participação intensa dos idosos e, portanto, os profissionais consideram que estão realizando uma atenção ao idoso ao abordar e reforçar alterações de saúde e tratamento relacionado ao envelhecimento e doenças associadas à saúde do adulto. Porém, o ideal seria um enfoque aos problemas de saúde diretamente voltados para o envelhecimento, como as chamadas síndromes geriátricas e, principalmente, abordando a prevenção e a promoção da saúde. Além disso, como também verificado por Resende *et al.* (2015), observa-se que o atendimento, de um modo geral, não é organizado para esta população mas, na realidade, são ações realizadas como rotina do centro de saúde e não são planejadas pela equipe.

Desenvolver grupos operativos focando na prevenção de agravos também foi apontado como uma estratégia de implantação de programas relacionados à saúde do Idoso. Para isso, novamente foi citado o treinamento da equipe em relação às necessidades dos idosos.

Estratégias? Olha, eu acho que aqui, por exemplo, a gente consegue uma adesão através dos grupos operativos (**Topázio**).

[...] Vai de acordo com a comunidade, né? Com os hábitos, com a cultura... [...] Então é diferenciado, né? Sempre a gente trabalha temas da saúde (**Jade**).

Os grupos operativos têm sido destaque como recurso ao assistir a população idosa na atenção básica, já que favorece a promoção do envelhecimento ativo e contribui para preservar a capacidade e o potencial de desenvolvimento do idoso. Porém, é necessário que o enfermeiro responsável pelo grupo tenha cuidado para não haver ênfase somente nos aspectos relacionados à doença, gerando perda da eficácia, ou seja, de se obter o efeito desejado. (SANTOS e LIMA JÚNIOR, 2014).

Ainda assim, Santos e Lima Júnior (2014) recomendam:

O uso de atividades grupais como ferramenta que melhora a aprendizagem, proporciona espaço para o compartilhamento de sentimentos, possibilita socialização entre as pessoas, promove suporte emocional, estimula a integração, viabiliza relações interpessoais, favorece a adaptação e mudança nos hábitos de vida. Sendo assim, essa atividade pode ser usada para favorecer o envelhecimento ativo.

SANTOS (2014) aponta que vários profissionais da saúde têm implementado a prática grupal inadequadamente, por meio de uma abordagem focada na doença ou nos problemas de

saúde apresentados pelos usuários dos serviços, não considerando o potencial do grupo enquanto agente de mudanças e de promoção da autonomia dos sujeitos.

O atendimento em grupo, quando conduzido adequadamente, facilita a construção coletiva de saberes e a reflexão acerca da realidade vivenciada por seus membros e pode configurar-se em ferramenta potencializadora da promoção da saúde do idoso, colaborando para se alcançar um envelhecimento saudável. (SANTOS, 2014).

Dois profissionais entrevistados desenvolveram grupos operativos com propostas mais focadas para a população idosa, aplicando atividades que trabalhavam memória, equilíbrio, interação, funcionalidade, além de promoverem o conhecimento.

Então, lá na minha unidade mesmo a gente montou o chá com prosa. No chá com prosa a gente faz mais um momento de descontração junto com saúde, né? Um yoga, uma música pra relaxar, as brincadeiras, um dia de conto, sabe? Um dia de histórias deles, um dia eles levam álbum de fotografia... Então a gente vai fazendo isso. A gente combina com o pessoal de levar chá, levar biscoito, a gente faz tipo um piquenique mesmo (**Jade**).

Eu tinha um grupo que chamava... é... chá da tarde. Era pra eles virem conversar, principalmente os que ficam mais sozinhos em casa. Esse chá da tarde mesmo que eu pensei, era novo, era bom pra eles saírem de casa..., né? (**Onix**).

Pelas atividades desenvolvidas por essas enfermeiras, percebeu-se que, mesmo não tendo a especialidade em gerontologia, pode-se desenvolver atividades interessantes e úteis que promovem o envelhecimento saudável.

5.2.2 HIPERDIA

Sobre a oferta de um serviço oferecido aos idosos já implantado na atenção básica, os entrevistados citaram programas não específicos como grupos operativos em geral, principalmente aqueles voltados ao tratamento de hipertensão e diabetes, o HIPERDIA, que são frequentados por idosos com idade acima de 60 anos, na sua maioria. Quatro entrevistados relataram não haver um grupo específico para idosos e um entrevistado relatou não saber da existência deste tipo de atividade no município.

[...] Na verdade tem o HIPERDIA, né? Que é através de um convenio com o CISAJE. Que assim, querendo ou não, vai mais idosos acima de 60 anos. A população maior é acima de 60 anos que vai no HIPERDIA que é diabetes e hipertensas (**Opala**).

A gente vai priorizar a gestante, o hipertenso, o diabético, né? Que geralmente parte desses hipertensos e diabéticos já é uma pessoa idosa. Então a gente vai procurar dar uma atenção maior ao idoso (**Ágata**).

A questão da saúde do idoso, como já discutida por Portinho, Moretto Neto e Bernardini (2013), é tratada de maneira geral na Atenção Básica, ou seja, os idosos são atendidos de maneira coletiva e generalista, exceto pelos programas que voltam a ação diretamente àqueles hipertensos e diabéticos.

5.2.3 Atividades físicas

O envelhecimento traz consigo diminuição da flexibilidade, força e massa muscular, aumento das DCNT e da gordura corporal, resultando, assim, na diminuição da capacidade funcional, o que dificulta a realização das **atividades da vida diária** (AVDs), referem-se às tarefas necessárias para o cuidado com o corpo ou autopreservação, levando à perda de autonomia e independência, podendo ser ainda mais acentuado em indivíduos sedentários (MORAES, 2016, grifo nosso).

A prática regular de exercícios físicos está diretamente ligada à prevenção de doenças e à recuperação e promoção de saúde. Também contribui para a melhora do equilíbrio e diminuição do risco de quedas com consequente promoção do envelhecimento saudável e aumento da expectativa de vida sem comorbidades e com qualidade de vida. (MONTEIRO, 2014).

Não tem nada específico de trabalho assim, algumas unidades podem trabalhar com os grupos, mas não tem um trabalho grande, aqui dentro da coordenação. É, tem algumas... Tem uma cobrança de atividade física em idosos (**Quartzo**).

Há cobrança do MS, por meio do Programa do Envelhecimento Saudável (PES), para a prática de atividades físicas. Assim, os grupos de caminhada e as atividades físicas em si são mais trabalhadas nos centros de saúde. Percebeu-se que as atividades mais realizadas nos centros de saúde são aquelas cobradas pelo município e Estado, que geram um incentivo monetário.

Tem uma cobrança de atividades físicas em idosos. Tem um projeto na secretaria... na verdade, é do estado que tem uma cobrança de atividades físicas, que seja pelo menos três vezes na semana (**Quartzo**).

Murta (2005) relatou que os centros de saúde já trabalhavam com as atividades físicas com os idosos por meio dos grupos de caminhada. Os profissionais entrevistados viam nesses grupos a oportunidade que os idosos tinham para conviver, exercitar e se sentirem valorizados,

além do sentimento de realização profissional dos profissionais envolvidos. Assim como os profissionais, os idosos participantes relataram que o grupo representou a ressignificação de vidas, explicada pelas expressões de convívio, integração, convivência, valorização, atenção, e “mais vontade de viver”.

5.3 Intersetorialidade

Um dos recursos disponíveis na atenção primária à saúde (APS) é a intersetorialidade, que confere aos profissionais da saúde novas possibilidades de prestar uma assistência mais integral e de forma resolutiva. (JUNQUEIRA, 2000).

Durante as entrevistas foram apresentadas sugestões que poderiam contribuir para a operacionalização de programas voltados à saúde do idoso no município. Esta categoria tratará deste assunto. Em suma, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade foram abordadas, assim como foram citadas parcerias importantes para o alcance destas.

Acredito que na própria prefeitura, os setores, né? (**Opala**).

Ah, eu acho que as parcerias, né? Acho que a parceria com a prefeitura que tem que dar esse aparato pra gente. [...] A questão da comunicação entre todas as unidades, né? De tentar implantar uma política comum de todos falar a mesma língua... (**Diamante**).

O processo de trabalho da ESF é determinado, entre outras características, pelo trabalho no âmbito interdisciplinar, pela valorização dos diversos saberes e pelas práticas na perspectiva de abordagem integral e resolutiva, pelo acompanhamento e pela análise sistemática das atividades implementadas, almejando a readequação do processo de trabalho. Logo, o trabalho em equipe é fundamental para viabilização do processo de trabalho na ESF, uma vez que há compromisso em prestar atenção pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade das necessidades de saúde, por meio de práticas humanizadas, éticas e responsáveis. (SILVA *et al.*, 2012).

Motta e Aguiar (2007) citaram que a atenção integral à saúde só pode ser alcançada através da articulação do trabalho e a ruptura da fragmentação entre os saberes e práticas. Neste caso, “profissionais realizam intervenções de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos”. A integração entre diferentes áreas demanda mudanças individuais, institucionais e ações intersetoriais. Infelizmente, as práticas na saúde incorporam estratégias de negociação do saber,

de competição em processos institucionais e socioculturais que dificultam a troca cooperativa de saberes.

Neste estudo, os entrevistados demonstraram grande interesse pela questão da intersetorialidade, citando a importância da interação entre as secretarias da prefeitura e as possibilidades que poderiam beneficiar a população, destacando principalmente a secretaria de esportes e cultura e lazer.

Mas poderia também, ter outras iniciativas da prefeitura através da secretaria de esportes, lazer, para o idoso. [...] Então a secretaria de esportes vai animá-lo, fazer uma atividade física, sei lá... Alguns passeios, baile... (**Turmalina**).

Mas também ele (prefeitura/PSF) poderia estar incentivando mais atividades de lazer, né? Pra poder... através da secretaria de esportes, né? É... secretaria, não só de saúde mas talvez de esportes (**Turmalina**).

Para que haja esse apoio buscado pelos profissionais da atenção básica é necessário que exista uma rede de apoio estruturada e coesa, com um processo de trabalho bem definido e qualificação dos profissionais inseridos, além de adesão aos programas por parte destes. Uma equipe desestruturada não tem a possibilidade de organizar ações de qualidade para uma assistência integral e de qualidade. Para ajudar a solucionar esta questão, é importante a integração das unidades de atenção básica à rede para garantir a oferta de serviços e ações para resolver as necessidades mais complexas desta população. (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A intersetorialidade implica em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, além da necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas. A equipe deve agir a partir de inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados entre si. As inter-relações devem ser entendidas mais amplamente, pois extrapolam o setor saúde e buscam novas parcerias com outras instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde dos usuários. (JUNQUEIRA, 2000).

A ação intersetorial demanda da área da saúde não somente iniciativas, mas, sobretudo, receptividade. A prática das articulações entre setores deve ser operada para gerar projetos intersetoriais. E, sem dúvida, a intersetorialidade é uma inovação para a assistência à saúde, em especial do idoso. (GROSSI e GUILAMELON, 2006).

5.3.1 Centro de Referência de Assistência Social - CRAS

O idoso debilitado tende a enfraquecer a interação e os contatos afetivos e a colocar em risco o apoio social recebido, que se sustenta numa relação de reciprocidade. Dessa forma, as doenças e incapacidades do idoso podem contribuir para o isolamento social por limitar a sua participação na comunidade. A rede social reduzida, por sua vez, pode exacerbar a incapacidade original ou impor novas limitações no estilo de vida do idoso. (GEIB, 2012).

Desta forma, a equipe deve estar atenta ao identificar estes indivíduos e referenciá-los à assistência social para que receba o apoio adequado.

Assim, tipo a assistência social eu acho que tinha que tá junto, né? Primordialmente, eu acho. Né? Porque os idosos é meio que... são distantes, acabam sozinhos, não é vinculado tanto à sociedade. Então eu acho muito que a assistência social é muito importante. É... Eu acho o CRAS muito importante no trabalho junto com os PSF's (Jade).

Eu acho que além dos CRAS, né, que já dá um certo apoio pra gente, eu acho que deveria ter mais, né? Aquilo que tem em lei (Citrino).

Lima *et al.* (2010), relataram que a equipe do CRAS deve ser composta por profissionais efetivos e em quantidade necessária para a execução dos serviços socioassistenciais, considerando a quantidade de famílias e indivíduos referenciados. Cabe aos profissionais de assistência social, desenvolver projetos, campanhas socioeducativas, palestras, cursos de capacitação e encaminhamentos de famílias para outros setores, além de atendimento individual e coletivo, e orientação e escuta dos indivíduos.

Portanto, o CRAS é uma parceria importante para o processo de discussão e acesso ao direito dos idosos, e conseqüentemente, imprescindível para uma rede de atenção à saúde do idoso.

5.3.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

Com a finalidade de ampliar as ações da ESFs, foram criados, em 2008, NASFs, constituídos por equipes multiprofissionais que atuam em conjunto com os profissionais da ESF. A parceria prevê a revisão da prática do encaminhamento baseada nos processos de referência e contrarreferência, objetivando plena integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS. (SILVA *et al.*, 2012).

O propósito dos NASFs é oferecer ações de promoção e atenção à saúde tecnicamente orientadas para contribuir com as ações da ESF. Cada NASF tem sob sua responsabilidade o atendimento a usuários de um determinado número de equipes de Saúde da Família, ou seja, os profissionais do NASF atuam nas suas especialidades para complementar a ação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculadas.

O NASF, em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, busca operar numa lógica de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e considerem a singularidade dos sujeitos assistidos. (SOUZA *et al.*, 2013).

Oh, uma coisa que faz falta pra gente é o NASF. Ele foi implantado, né? Foi por pouco tempo que a gente teve NASF, e ele ajudava muito. Porque os outros profissionais, eles iam nas unidades e fazia com que a população chegasse mais com os grupos **(Quartzo)**.

O NASF então vinha e dava um apoio muito grande nessa parte que eles trabalhavam, eles tabalhavam muito os grupos operativos, né? Então eu acho que se voltasse o NASF seria um ganho muito grande **(Quartzo)**.

Os fluxos para orientar o trabalho na APS, as tecnologias em saúde e o planejamento devem ser desenvolvidos com apoio do NASF, uma vez que ele insere outros profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado e contribui para aumentar a resolutividade. Quanto maior o grau de envolvimento do NASF com o acolhimento, maior a possibilidade de profissionais mais resolutivos. O NASF, pensado enquanto tecnologia, pode ser visto como dispositivo de apoio para o acolhimento, uma vez que aumenta a capacidade resolutiva da Atenção Primária. Os NASFs devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. (SILVA e ROMANO, 2015).

Segundo Carvalho *et al.* (2015), é de extrema importância a implementação dos NASFs considerando o seu potencial para o apoio das equipes de atenção primária em busca de respostas adequadas às reais necessidades da atenção à população idosa, buscando soluções criativas e fundamentadas na prática multiprofissional e interdisciplinar com respostas mais resolutivas.

Eu acho que hoje nem tá funcionando no município, que é o NASF **(Esmeralda)**.

Em Diamantina, uma equipe de NASF foi criada em 2012, porém o projeto foi desativado ao final do ano de 2013. Nesta equipe faziam parte os profissionais da área de educação física, psicologia, farmácia, nutrição e fisioterapia que atuava em todos as ESFs do município de distritos.

5.3.3 Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI

Embora a legislação brasileira estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser responsabilidade das famílias, este se torna cada vez mais escasso, em função da redução da fecundidade, das mudanças na nupcialidade e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho. Isto passa a requerer que o Estado e o mercado privado dividam com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa. O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que as ILPI's deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo. (BRASIL, 2003; CAMARANO e KANSO, 2010).

Hoje a procura de ILPIs é uma questão de saúde pública e surge não só por parte dos idosos com alta dependência, mas também por idosos jovens, entre 60 e 65 anos, independentes, que foram excluídos do mercado de trabalho e da proteção familiar, em decorrência das transformações socioeconômicas em curso na sociedade. (FERREIRA, BANSI e PASCHOAL, 2014). Esta exclusão não se dá, necessariamente, como uma atitude deliberada mas sim como reflexo de um contexto de declínio de fecundidade onde teremos cada vez menos membros cuidadores e do maciço ingresso da mulher no trabalho remunerado (historicamente principais cuidadoras), muitas vezes condição imprescindível à subsistência da família.

A tendência é o aumento da demanda por ILPI no Brasil, embora as políticas priorizem a família como signatária do cuidado ao idoso. (BRASIL, 1988). Ainda que imbuídos dessa percepção, há um consenso de que, em muitos momentos, a ILPI se torna uma alternativa importante, devendo assegurar a qualidade de vida e satisfação, tanto dos idosos, como de suas famílias. (PIUVEZAM *et al.*, 2016).

É, olha, eu acho que as instituições de longa permanência, né? Que tem aí o idoso, né?
No local (**Topázio**).

Em Diamantina existem duas ILPIs para idosos, que atendem idosos do município de Diamantina e região, ambas filantrópicas e vinculadas à arquidiocese do município: Associação do Pão de Santo Antônio e Asilo de Idosos Casa Frederico Ozanam. (ARQUIDIOCESE DE DIAMANTINA, 2016).

A Associação do Pão de Santo Antônio é uma das mais antigas e tradicionais ILPIs para Idosos de Minas Gerais, fundada há mais de 100 anos, aos quatorze dias do mês de julho de 1901, tendo à frente um professor de história e geografia, José Augusto Neves. Atualmente reformado, abriga 43 idosos, sendo 10 homens e 33 mulheres. Situado no Bairro do Rio Grande, o complexo possui vários pavilhões com uma capela, uma sede do jornal “Voz de Diamantina” com um museu de uma das mais antigas imprensas do Brasil. (ARQUIDIOCESE DE DIAMANTINA, 2016; O PÃO DE SANTO ANTÔNIO, 2016). As assinaturas do jornal tem sua renda revertida em favor do recolhimento dos pobres, assim como a “Casa do Estudante”, uma iniciativa da Associação do Pão de Santo Antônio rumo à sustentabilidade financeira, que poderá abrigar acomodações e serviços para 48 hóspedes. (UTSCH, 2015).

O Asilo de Idosos Casa Frederico Ozanam foi fundado no dia 04 de novembro de 1994 e também tem como atividade principal atender idosos institucionalizados carentes de Diamantina e região. (ARQUIDIOCESE DE DIAMANTINA, 2016). Abriga atualmente 29 idosos, sendo oito homens e 21 mulheres, e localiza-se no bairro da Consolação.

Faz-se saber que as duas ILPIs supracitadas também arrecadam mantimentos e recursos financeiros por meio de doações recebidas da comunidade.

Asilo, que igual, aqui tem asilo, mas assim, pouquíssimas vezes a gente faz a visita lá no asilo... (**Diamante**).

Uma rede de atenção ao idoso bem estruturada pode contar com várias modalidades de atenção, que buscam potencializar a autonomia e independência do idoso conforme seu estrato clínico-funcional. A ILPI é uma destas modalidades que atende idosos com diferentes necessidades e graus de dependência. Porém, existem outras modalidades, menos utilizadas no Brasil, mas que atuam para melhor acolher o idoso e auxiliar a equipe de saúde potencializando o cuidado. Dentre elas, destacam-se a casa-lar, o serviço de república, centros de convivência, centros-dia e o atendimento domiciliar. Talvez, pelo fato dos entrevistados não conhecerem os componentes de uma rede de atenção ao idoso bem estruturada, essas modalidades não foram citadas como possibilidades para a atenção integral ao idoso. (MORAES *et al.*, 2016).

5.3.4 Comunicação na rede de saúde

Durante a coleta de dados, foi relatada a dificuldade na comunicação entre os serviços de saúde e os outros serviços de apoio, assim como com a própria prefeitura. Foi citada a necessidade de se “falar só uma língua”.

A questão da comunicação entre todas as unidades, né? De tentar implantar uma política comum de todos falar uma mesma língua... (**Diamante**).

Uma rede de atenção à saúde deve contar com uma estrutura operacional para o seu bom funcionamento e fluxo. Esta estrutura deve ser constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam a rede de atenção à saúde incluem: Atenção Primária à Saúde - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.

A atenção básica ou primária são as unidades básicas de saúde, ou a Estratégia de Saúde da Família, onde se deseja que o usuário tenha o primeiro contato com o sistema de saúde. Tem-se três papéis fundamentais: resolver os problemas de saúde da população para os quais essa for a estratégia mais adequada para obter um resultado positivo em saúde; estima-se que a maioria dos problemas podem ser resolvidos aqui; exercer a função de centro de comunicação, coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde e corresponsabilizar-se pela saúde das pessoas, em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam. (MENDES, 2011).

A APS exerce um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção, prevenção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. E, para que essas ações sejam realizadas, a APS deve contar com a incorporação de recursos humanos qualificados em uma equipe multiprofissional, de tecnologias adequadas, de estrutura física e de ambiência muito bem equipadas e planejadas.

Já os pontos de atenção secundária e terciária à saúde se distribuem de acordo com o processo de territorialização, situando-se os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Em geral, os pontos de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades hospitalares e por unidades ambulatoriais.

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, diferenciando-se, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas (físicas ou sociais) que os caracterizam. (BRASIL, 2010).

As redes de atenção à saúde têm na atenção básica, o seu centro de comunicação. É este que deverá ordenar as referências e contrareferências, produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Parte dos problemas se dá pela falta de comunicação entre os componentes da rede, gerando uma fragmentação do atendimento. (OPAS, 2011).

Por exemplo, tem pessoas que a gente marca e não vai consultar, aí a gente perde e não fica sabendo, tem pessoas que a gente manda pra consultar e aí não sei porque ela não consegue chegar, não sei se é o agente que não tá informando essa consulta. O CISAJE também, que às vezes o profissional lá não vai e a gente acha que o pessoal daqui foi e o médico não foi atender e aquela... então é assim, é desorganização mesmo! (Ágata).

A situação que se encontram os idosos traz uma necessidade de atendimento numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar, porém o que se vê é que esta interação ainda não tem sido rotina nos serviços de saúde. A articulação dos diferentes saberes possibilita diversificar os olhares sobre um mesmo objeto, ampliando as possibilidades de intervenção em determinado problema, entretanto, o trabalho multiprofissional e a interdisciplinaridade surgem como um enorme desafio buscando superar o cuidado fragmentado. Essa fragmentação tem início nas próprias instituições formadoras que não estimulam a comunicação e o desenvolvimento de uma cultura de valorização do trabalho interdisciplinar, levando para a prática esta divisão técnica do trabalho. (CARVALHO *et al.*, 2015).

5.3.5 Universidade

O desenvolvimento de práticas interdisciplinares envolve flexibilização dos mandatos sociais e revisão das legislações profissionais, bem como a ampliação destas práticas na formação dos profissionais, buscando uma nova profissionalização capaz de enfrentar novos desafios teórico-práticos. Inclui a integração do ensino-pesquisa-extensão, a democratização da hierarquia institucional e a possibilidade de quebra das defesas corporativas, permitindo a troca e o aprendizado.

A interação entre universidade e serviço deve ser um trabalho pactuado e integrado de profissionais e estudantes com os trabalhadores dos serviços de saúde e tem o objetivo de

melhorar a qualidade da assistência do indivíduo assistido e da população, o desenvolvimento dos serviços e auxiliar na formação profissional. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

O grande parceiro que tem como a atenção básica é a universidade. Eu acredito que os cursos de fisioterapia, nutrição e até mesmo o curso de enfermagem pra auxiliar a gente seria de grande valia. Então, a universidade com a odonto, estes vários cursos que estão dentro da universidade que expande, né? Tem vários cursos que poderia implantar aqui, eu acredito que seria o parceiro principal, seria a faculdade. Para implantar vários projetos, várias atividades que é importante pra eles, né? (**Ouro**).

Biscarde, Pereira-Santos e Silva (2014) acrescentaram que a extensão universitária, tem uma função de promover a comunicação entre a universidade e o ambiente, possibilitando o *feedback* em relação aos problemas e a revisão permanente de suas funções de ensino e pesquisa.

Existe uma relação de troca entre os profissionais e a universidade. Enquanto o serviço fornece campo para aprendizado e crescimento profissional, a universidade, em contrapartida, oferece atualização e mão de obra especializada ao mercado de trabalho sendo esta parceira importante para o desenvolvimento de ambas.

E na universidade também tem fisioterapia e tem a natação que é do pessoal do curso de fisioterapia também. Assim, os acadêmicos de enfermagem e fisioterapia são os que mais nos ajudam. Eles trazem muita coisa, trazem saúde bucal também, não posso reclamar do pessoal de odonto, que fazem avaliação de mucosa. Então, integração da faculdade com os recursos que já tem na prefeitura (**Opala**).

A UFVJM, criada em 6 de setembro de 2005, é uma universidade pública brasileira, com um de seus campus sediado na cidade de Diamantina, MG. Dentre as seis faculdades dos dois *campi* que funcionam na cidade, encontram-se a Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS) com os cursos de Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física, além da recente Faculdade de Medicina (FAMED). (UFVJM, 2016). Os cursos da FCBS atuam nos serviços de atenção primária, secundária e terciária em saúde, ILPIs, escolas, dentre outros, durante seus estágios, além da residência multiprofissional em saúde do idoso, que também têm seus campos nos serviços de saúde e ILPIs de Diamantina.

Neste sentido, a UFVJM atua em parceria com os serviços de saúde local na formação de recursos humanos qualificados para o mercado de trabalho na perspectiva de, conjuntamente, viabilizar ações que se traduzam em melhoria para os serviços, articulação entre o conhecimento da equipe de saúde e da universidade, que atuam concomitantemente, na assistência, qualificação, treinamento, educação continuada, educação em serviço e educação

permanente junto aos profissionais de saúde e, conseqüentemente, na assistência à saúde e em prol de avanços na qualidade de vida da população.

Vellas (2009) relatou que as universidades trazem atualização, além de colaborar na melhoria da qualidade da assistência no município fazendo-se importante envolver a universidade com as problemáticas do envelhecimento populacional, de modo que contribuam mais efetivamente na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos idosos. Como exemplo, destaca-se a denominada Universidade da Terceira Idade (U3I), reconhecida pelas leis de garantias de direitos da pessoa idosa, como a PNI (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso. (BRASIL, 2003). A nova proposta de atendimento ao idoso, difundida por Vellas (2009), busca ofertar melhores condições de aprimoramento pessoal, entretenimento, saúde e ocupação do tempo livre dos aposentados, evitando que se destinassem a asilos e hospitais.

Além dos cursos da área da saúde, cursos de outras áreas do conhecimento da universidade também podem ser envolvidos em uma equipe mista de pessoal e alunos (graduação e pós-graduação), profissionais liberais e prestadores de serviços externos (instrutores, palestrantes), desenvolvendo palestras e cursos, e atividades de esporte, lazer, turismo, cursos de línguas estrangeiras, cultura, medicina preventiva e artes, dança, yoga. (CACHIONI, 1999; VERAS e CALDAS, 2004).

A UFVJM tem como missão produzir e disseminar o conhecimento e a inovação integrando o ensino, a pesquisa e a extensão como propulsores do desenvolvimento regional e nacional, em especial dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. (UFVJM, 2016). Parcerias como esta são importantes e representam a corresponsabilidade da sociedade organizada com o desenvolvimento humano e social.

5.3.6 Prefeitura

As responsabilidades institucionais cabem aos gestores do SUS, em todos os níveis (federal, estadual e municipal), de forma articulada e de acordo com suas competências específicas, para prover os meios e atuar para viabilizar o propósito da PNSPI. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os gestores do município de Diamantina devem refletir sobre a implantação e execução, com urgência, do que já está estabelecido por essa Política. Como gestor municipal, urge colocar em prática as atribuições que lhes são apresentadas pela PNSPI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006): 1) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; 2) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política,

considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo; 3) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano; 4) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; 5) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde; 6) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política; 7) divulgar a PNSPI; 8) apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNSPI no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Eu acho que a parceria com a prefeitura, que tem que dar este aparato pra gente **(Diamante)**.

E acho que deveria ter um incentivo maior da nossa gestão local para contribuir pra essa adesão dos idosos nas nossas unidades de saúde. Alguma coisa mais eficiente sabe, mais concreta, né? **(Topázio)**.

Que na verdade tem lei, mas na prática isso não acontece. Eu acho que deveria ser assim, sei lá, por parte dos governantes, né? Implantar outros tipos de programas voltados para essa saúde do idoso e que é tão, assim... bem dizer defasado né? Ou se não existe. Né? Só sei que é muito assim, não é plenamente cumprido aquilo que é determinado pelo Ministério da Saúde **(Citrino)**.

A municipalização da saúde é um processo de descentralização da gestão dos sistemas de serviços, implicando no reordenamento dos papéis que cabem a cada uma das instâncias político-administrativas. Municipalizar a saúde significa trazer para a gestão municipal a capacidade de definir o que fazer com a saúde na sua área de abrangência, através da autonomia de gestão e descentralização de recursos financeiros. Com isso o município passa a ser o gestor do sistema de saúde no seu território, cabendo ao município, estado, união e comunidade como um todo a responsabilidade pela efetiva funcionalidade do sistema. (TEIXEIRA e MOLESINI, 2002).

Importante ressaltar que, durante o período depois da aprovação do projeto até o momento da coleta de informações, houve uma intensa mudança do corpo de profissionais da área de saúde de Diamantina. Com problemas administrativos da Prefeitura, na época de reeleição do prefeito do município, a Secretária de Saúde deixou a prefeitura e, nesta época, passaram quatro secretárias diferentes na Secretaria, em um curto intervalo de tempo. Além disso, muitos profissionais da área de saúde que seriam entrevistados e que já trabalhavam na Prefeitura há mais tempo estavam sendo substituídos, pois houve um concurso público municipal, no qual eles não foram aprovados. Por um determinado período alguns profissionais foram afastados sem a devida substituição e outros estavam de licença ou férias. Alguns profissionais, incluindo secretárias de saúde, que, inclusive, nunca moraram em Diamantina,

tomaram posse na Secretaria e desconheciam a situação da saúde do idoso no município. Devido a esses acontecimentos tivemos de aguardar a estabilização da situação administrativa da Prefeitura para dar início às entrevistas. Com a atuação de novos profissionais, mesmo conhecedores da atenção básica em saúde, essa instabilidade provavelmente pode ter interferido na detecção das dificuldades para implementação de ações de saúde voltadas para o idoso na cidade de Diamantina, devido ao desconhecimento da estrutura de saúde e redes desenvolvidas no município.

5.4 Contribuições para a Enfermagem e Saúde Pública

O presente estudo está vinculado ao Programa de Mestrado Saúde, Sociedade e Ambiente (SaSA) da UFVJM. Um dos requisitos deste Programa consiste em apresentar um retorno dos achados da pesquisa, ou seja, o produto da dissertação, à instituição co-partícipe.

Neste tópico apresentamos as propostas e/ou sugestões de ações em saúde do idoso, na sequência da discussão das temáticas encontradas como resultados, com a perspectiva de contribuir com os profissionais que atuam na Secretaria Municipal de Saúde do município de Diamantina, MG, baseadas na fala dos entrevistados, no PNSPI (<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-Pessoa-Idosa.pdf>) e na contribuição da autora como Enfermeira Gerontóloga.

5.4.1 Propostas e/ou sugestões de ações em saúde do idoso

Conhecimento

- Qualificação da equipe de saúde em relação ao atendimento do idoso e, neste sentido, a promoção de maior interação ensino-serviço, com aproximação dos profissionais de saúde do município com a UFVJM por meio dos Curso de Graduação e Pós-graduação, a exemplo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, tanto no sentido de aprimoramento dos conhecimentos dos graduandos e dos profissionais residentes como também dos profissionais da rede sobre a temática.

- Incentivo à educação permanente, não somente sobre os aspectos teóricos do envelhecimento, mas incluindo aspectos atitudinais da atenção a esta parcela da população.

- Triagem e estratificação dos idosos através do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – IVCF (<https://www.ivcf-20.com.br>) pelos profissionais das unidades de saúde com

o objetivo de aprimorar o planejamento das ações de saúde, realizar busca ativa dos idosos com maior vulnerabilidade e qualificar a gestão de risco das famílias. Se necessário, pode-se buscar auxílio dos graduandos e residentes de saúde da UFVJM para realização deste diagnóstico e estratificação.

Atividades Desenvolvidas

- Manutenção e aprimoramento dos grupos operativos já ofertados nas unidades de saúde; ampliação dos grupos, para que se aborde além dos aspectos relacionados ao envelhecimento e suas doenças mais prevalentes, como também, e principalmente, atividades que visem melhorar a qualidade de vida destes, ampliando a interação entre eles e o estímulo a atividades de seus interesses, tais como, atividades lúdicas, artesanais, de culinária, em que se aborde alimentação saudável e outras.

- Interação das unidades de saúde com a família dos idosos e também com os seus cuidadores.

- Promoção de atividades físicas programadas e assistidas por profissionais de saúde qualificados, utilizando os espaços públicos disponíveis para tais atividades, como Academias da Cidade, quadras das escolas públicas, entre outros.

- Reativação do NASF, ressaltando neste ponto a importância inquestionável de um atendimento multiprofissional para qualificar a atenção ao idoso.

- Em parceria com a Secretaria de Educação e os Cursos do Departamento de Humanidades da UFVJM, pode-se instituir um programa de alfabetização dos idosos de Diamantina. Aqui também pode ser incluído o Curso de Educação do Campo da UFVJM.

- Em parceria com a Secretaria de Educação, Cultura e Lazer e Esportes e os departamentos dos cursos de graduação e pós graduação da UFVJM, pode instituir a Universidade Aberta da Terceira Idade para a população.

Intersetorialidade

Dentre todas as sugestões, destacam-se as da temática intersetorialidade. A busca por integração com instituições e organizações sociais como a UFVJM, os CRAS, as escolas e outras instituições podem contribuir para ampliar o leque de atividades ofertadas para a população de pessoas idosas do município de Diamantina, além de qualificá-la.

- Contratação de médico geriatra e enfermeiro gerontólogo para atendimento secundário dos pacientes triados como média e alta prioridade.

- Negociação e definição junto à UFVJM, das contrapartidas de cada entidade para melhor utilização das unidades de saúde do município para o ensino, pesquisa e extensão, bem como, das atividades que podem ser desenvolvidas em parceria, como qualificação dos profissionais de saúde e outras atividades citadas anteriormente.

- Melhora da comunicação entre os componentes da rede – referência e contra-referência entre as USFs, os Hospitais, ILPIs, CRAS, Ambulatório e outros, sempre considerando a Atenção Básica como o referencial para cada indivíduo, sendo esta o gestor do cuidado.

- Reativação do NASF.

- Reativação do Conselho Municipal do Idoso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo presente estudo percebeu-se uma escassez de ações importantes na implementação da PNSPI no município de Diamantina. Apesar das políticas e leis estarem bem estruturadas no Brasil, pouco são aplicadas na rotina de assistência no município, a qual baseia-se em atividades curativistas e pouco estruturadas, que limitam a qualidade no atendimento integral ao idoso.

Apesar de não existir uma rede de atenção ao idoso bem definida no município, os centros de saúde trabalham atividades que beneficiam o idoso para um envelhecimento mais saudável. Grupos operativos, atividades físicas, imunização e distribuição de medicamentos fazem parte da rotina dos centros de saúde e colaboram para o atendimento da população idosa.

Há grande dificuldade por parte dos profissionais de saúde em atender as demandas da população envelhecida de Diamantina, já que não existe capacitação e conhecimento específico para tal, bem como a ausência de atendimento especializado no município em que o paciente possa ser referenciado.

Outro aspecto relevante é a carência de uma equipe multiprofissional para apoio e integralidade do atendimento. Para o desenvolvimento de uma rede de atenção coesa mostra-se relevante uma equipe bem estruturada, que consiga manter uma boa comunicação, provendo qualidade nesse atendimento.

A Universidade, especificamente a UFVJM, pode ser uma importante parceira nas atividades para o bem estar, qualidade e inovação no atendimento à população idosa de Diamantina, contribuindo mais efetivamente com o treinamento e atualização da equipe em relação às especificidades dessa população.

Um relatório técnico foi redigido e encaminhado à Secretaria de Saúde do município com sugestões e propostas de implantação e implementação de serviços para atendimento ao público idoso, baseado nos resultados deste estudo.

Mostra-se relevante a conscientização e sensibilização dos governantes e profissionais para o aumento da população idosa e suas crescentes demandas e, principalmente, para a necessidade do desenvolvimento de programas específicos em Saúde do Idoso no município de Diamantina.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE V. S. *et al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN; K. C. (Org.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. 615 p.

ALVES, J. E. D. A janela de oportunidade demográfica do Brasil. **Revista Coletiva**. Recife, n. 15, jan./fev./mar./abr. 2015. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eq6iL73NLIJ:www.coletiva.org/site/index.php?option%3Dcom_k2%26view%3Ditem%26layout%253... Acesso em: 16 out. 2015.

ANDRADE, C. D. de. Nosso Tempo I. In: ANDRADE, C. D. de. **A Rosa do Povo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p. 23.

ARAÚJO, J. D. de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out./dez. 2012.

ARAÚJO, L. F. de.; CARVALHO, V. A. M. de L. Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. **Mneme - Revista de Humanidades**, UFRN. Caicó, v. 6, n. 13, p. 1-12, dez.2004/jan.2005.

ARGOLO, D. E.; FURTADO, N. M. R. O. Os direitos dos idosos no Brasil: uma investigação dos planos fático e legislativo. **Revista Âmbito Jurídico**. Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13217&revista_caderno=27>. Acesso: 4 dez. 2015.

ARQUIDIOCESE DE DIAMANTINA. **Asilos Arquidiocesanos**. Disponível em: <http://www.arquidiamantina.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=198&Itemid=41>. Acesso em: 2 mar. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 279p.

BATISTA, A. S. *et al.* **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008. 160p. Coleção Previdência Social; v. 28.

BISCARDE, D. G. dos S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface**. Botucatu, v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a.

BRASIL. Decreto-lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996. **Diário Oficial da União**. Poder Legislativo, Brasília, DF, 04 jul. 1996, Seção 1, p. 12227.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 237-E, Seção 1, p. 20-24, 13 dez. 1999.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>

BRASIL. **Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal – compromisso nacional para o envelhecimento ativo**. Neusa Pivatto Müller (Org.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_politicas_publicas_2015.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

CACHIONI, M. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: NÉRI, A. L.; DEBERT, A. G. (Org.). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999, p. 141-178.

CAMACHO, A. C. L. F; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. **Coletiva**. Recife, n. 5, jul./ago./set. 2011.

CAMARANO, A. A. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014. 658 p.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, jun. 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Brasil envelhece antes e pós-PNI. In: ALCÂNTARA, A. de; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

CAMPOLINA, A. G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013.

CARVALHO, T. A. M. *et al.* Trabalho multiprofissional: necessidades reais e as políticas públicas na atenção da população idosa. **Ciência Atual**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 03-12, 2015.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, n. 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

COSTA, N. R. C. D. *et al.* Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. **Revista de Pesquisa em Saúde**. São Luís, v. 16, n. 2, p. 95-101, maio/ago. 2015.

COUTINHO, A. T. *et al.* Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p. 628-637, out./dez. 2013.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira; uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DIAMANTINA. Lei nº 3.499, de 16 de novembro de 2009. Prefeitura Municipal de Diamantina, MG, 2009.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

FERNANDES, M. T. O., SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012.

FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, dez. 2014.

GARCIA, M. A. A. *et al.* Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 175-182, abr. 2006.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012.

GROSSI, P. K.; GUILAMELON, L. F. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Porto Alegre, n. 6, ano V, dez. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios. indicadores sociais. Um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde 2008: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores 2013/IBGE**. Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-133, IBGE; 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores 2014/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro, IBGE; 2015. 102p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312160&idtema=130&search=minas-gerais|diamantina|estimativa-da-populacao-2015b>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

JUNQUEIRA, L. P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde**. Administração Pública, 2000.

LIM, L. L. Female labour-force participation. In: UN – UNITED NATIONS. Completing the fertility transition. New York: UN/Desa, n. 48/49(Special Issue), 2009.

LIMA, D. P. *et al.* A importância da integração universidade e serviços de saúde. **Revista Ciência em Extensão**, UNESP. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 129-137, 2010.

MALDANER, D. S.; LINI, E. V.; DORING, M. Os idosos e a prevenção contra o HIV/AIDS: revisão da literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. Salvador, v. 15, n. 2, p. 214-217, maio/ago. 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E. V. **A governança das redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: MIMEO, 2013.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária da Saúde**. Documento preparado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, 2014.

MINAS GERAIS. mg.gov.br – **Governo de Minas Gerais – Conheça Minas – Mesorregiões e Microrregiões**. Disponível em: <www.mg.gov.br/governomg/portal/c/governomg/conheca-minas/geografia/5669-localizacao-geografica/69547-mesorregioes-e-microrregioes-ibge/5146/5044>. Acesso em: 04 fev. 2016.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências [portaria na internet] 2006. [acesso em 30 jan 2016]. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude da Pessoa Idosa.pdf>

MISSIAS MOREIRA, R. *et al.* Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 27-38, mar. 2013.

MIYATA, D. F *et al.* Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama, v. 9, n. 2, p. 135-140, maio/ago. 2005.

MONTEIRO, M. C. **Adesão de idosos a programa de atividade física em unidade de atenção primária à saúde**. 2014. 88f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

MORAES, E. N. Modelo multidimensional de saúde do idoso. In: MORAES, E. N. **Avaliação Multidimensional do idoso**. 5 ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248p.

MORAES, E. N *et al.* Legislação e Modalidades de Atenção Ao Idoso. In: **Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil**. MORAES, E. N; AZEVEDO, R. S (Org.). Belo Horizonte: Editora Folium, 2016. 412 p.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

MURTA, N. M. G. **A velhice ao olhar da equipe do Programa Saúde da Família em Diamantina/MG**. 2005. 113f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

NOGALES, A. M. V. **A mortalidade da população idosa no Brasil. Como Vai? População brasileira**. Brasília: IPEA, ano III, n. 3, p. 24-32, dez. 1998.

O PÃO DE SANTO ANTÔNIO. Disponível em: <<http://www.malcolmforest.com.br/pao/pao.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

OLIVEIRA, B. de *et al.* Atenção à Saúde do Idoso: Políticas públicas e “saber local”. **Argumentum**. Espírito Santo, v. 6, n. 1, p. 190-207, jan./jun. 2014.

- OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out./dez. 2008.
- OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 66, n. especial, set. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Guia global: cidade amiga do idoso**. 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113p. (NAVEGADOR SUS, 2).
- PAPALÉO-NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. [Reimpr.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap.1, p.63.
- PEREIRA, A. M. V. B; SCHNEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A. Geriatria, uma especialidade centenária. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 154-161, out./dez. 2009.
- PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v. 6, n. 1, p. 99-108, jan./jun. 2015.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PORTAL POLO JEQUITINHONHA – UFMG. Disponível em: <www2.ufmg.br/polojequitinhonha/O-Vale/Sobre-o-Vale>. Acesso em: 04 fev. 2016.
- PORTINHO, A. S.; MORETTO NETO, L. M.; BERNARDINI, I. S. Políticas Públicas e Envelhecimento: dificuldades e possibilidades na atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. In: PEREIRA, M. F. *et al.* (Org.). **Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis : Fundação Boiteux, 2013. 204p. – (Gestão da Saúde Pública; v. 2)
- PIUVEZAM, G. *et al.* Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, v. 34, n. 1, p. 92-100, jan.-abr. 2016.
- REIS, A. C. J. **Os idosos e a circulação no espaço urbano: a locomoção dos idosos do Pólo Tuna Luso Brasileira do Projeto Vida Ativa na cidade de Belém-PA**. 2009. 147f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano) – Universidade da Amazônia, Belém, 2009.

RESENDE, J. O. *et al.* Assistência do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, UFSJ. Divinópolis, v. 5, n. 3, p. 1831-1843, set./dez. 2015.

SANTOS, L. F. **Participação em grupo de promoção da saúde e qualidade de vida de idosos**. 2014. 192f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, F. da S.; LIMA JÚNIOR, J. O Idoso e o Processo de Envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. Id on Line **Revista de Psicologia**. v. 8, n. 24, p. 34-55, nov. 2014.

SILVA, L. M. S. *et al.* Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 784-8, dez. 2012.

SILVA, T. F. da; ROMANO, V. F. O acolhimento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: fragmentos, perspectivas e reflexões. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** [online], v. 10, n. 34, p. 1-7, jan.-mar. 2015.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003.

SISTEMA DE INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS DO IDOSO (SISAP-IDOSO). Disponível em: <www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=polit>. Acesso em: 03 mar. 2016.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). **Ministério da Saúde**. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 12 fev. 2016.

SOUZA, F. L. D. *et al.* Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr./jun. 2013.

SOUZA, L.; RIBEIRO, A. P. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 866-877, 2013.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 156-63, mar./abr. 2015.

TEIXEIRA, S.M. Envelhecimento na agenda pública brasileira. **Revista de Políticas Públicas**. São Luiz, v. 7, n. 1, p. 113-136, jan./jun. 2003.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 26, n. 1/2, p. 29-40, jan./dez. 2002.

TIBULO C.; CARLI, V.; DULLIUS, A.I.S. Evolução Populacional do Brasil: Uma Visão Demográfica. **Scientia Plena**, v. 8, n. 4(a), p. 1-10, jan.-abr. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI (UFVJM). **A Universidade. Institucional.** Portal da UFMJM. Disponível em: <http://www.ufvjm.edu.br/universidade/institucional.html?lang=pt_BR.utf8%2C+pt_BR.UT> Acesso em: 29 mar. 2016.

UTSCH, A. (Org.) **Museu Tipografia Pão de Santo Antônio. Patrimônio Gráfico entre Ação e Preservação.** Diamantina: Associação do Pão de Santo Antônio, 2015.

VELLAS, P. **As oportunidades da terceira idade.** Maringá: EDUEM, 2009.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista da Universidade de São Paulo.** São Paulo, n. 51, p. 72-85, set.-nov. 2001.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção Physis. **Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

WILLIG, M. H., LENARDT, M. H., MÉIER, M. J. Trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. **Cogitare Enfermagem.** Paraná, v. 17, n. 3, p. 574-577, jul./set. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
Fundação de Assistencial Integral à Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: “A implantação dos Programas de Atenção à Saúde do Idoso: possibilidades e desafios”, em virtude de ser um profissional de saúde envolvido com o atendimento do público idoso, coordenada pelo (a) Professor Harriman Moraes e contará ainda com a participação da mestrandia Juliana Santos Neves.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a Secretaria de Saúde de Diamantina. O objetivo desta pesquisa é : verificar os desafios na implantação de programas relacionados à Política Nacional em saúde do Idoso no município de Diamantina – MG.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: responder a um roteiro de entrevista aberta e gravada. A entrevista será previamente agendada, ocorrerá em seu ambiente de trabalho e será individual e particular. O tempo previsto para a entrevista é de, no máximo, uma hora ocasionais no período de 1 de julho de a 31 de agosto de 2014, no período da manhã ou tarde, no turno de trabalho do participante.

Os riscos relacionados com sua participação são o possível constrangimento causado pela presença dos pesquisadores no ambiente de trabalho destes e questionamentos sobre questões que envolvem seu envolvimento com o serviço. Esse risco será minimizado pelo seguinte procedimento: orientação do delineamento do projeto de pesquisa e a reafirmação do anonimato do entrevistado.

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão ser aos trabalhadores de enfermagem e à população idosa atendida assim como clareza das diretrizes para condução do trabalho direcionado à população idosa. Ao idoso, contribuição e colaboração para a melhor qualidade de assistência e o incentivo ao resgate de sua cidadania.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Juliana Santos Neves

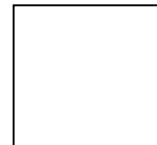
Endereço Rua Adaléa Lessa Andrade, 126. Bairro Santo Inácio. Diamantina - MG

Telefone (38) 8402-4354

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____



Informações – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldeman

Rua Antônio Bandeira, 1060. Bairro Tupi

Belo Horizonte/MG CEP31.844--130

Tel.: (31)3408-2249 – Fax.: (31)3408-2218

Coordenadora: Dra. Tatiana Coelho Lopes

Email: lep@sofiinfeldman.org.br

Apêndice B – Quadro com os trechos destacados nas entrevistas para a elaboração de Subcategorias e Categorias.

Categorias de Análise	Subcategorias	Unidades de Registro (UR)
Conhecimento	Conhecimento e aplicação das leis	<p>Não, que eu tenha conhecimento não. (Sobre a existência de programas baseados na PNSPI).</p> <p>E isso eu acho que já vem muito da grade curricular, da faculdade da gente, que idoso praticamente a gente não tem. Se eu li uma vez a Política Nacional do Idoso foi muito. Uma vez e nem foi na faculdade, foi na minha especialização de saúde coletiva. Foi o que eu vi um pouquinho mais, que na faculdade eu não vi praticamente nada.</p> <p>Nossa, tem idoso demais [...]. O último levantamento que nós fizemos tinha dado cento e pouco, não sei exato a quantidade certinha não.</p> <p>Eu tenho um leve conhecimento sobre este programa. Não tenho tanta profundidade neste programa não, é bem superficial.</p> <p>Não tem nada estruturado, mostrando como que se faz, o fluxograma, como que acontece cada situação não tem aqui em Diamantina não.</p> <p>A maior parte do atendimento que tem nos postos de saúde são os idosos. Eu acredito que chega a ser praticamente até 50 a 60%, realmente, da atenção de toda a população que a gente tem, chega a ser mesmo de idosos.</p> <p>Eu conheço, mas não tenho assim um conhecimento mais aprofundado sobre as diretrizes do idoso. Eu tenho o conhecimento sim, mas não aprofundado.</p> <p>Não sei te informar viu? Não sei... (Sobre a existência de programas baseados na PNSPI).</p> <p>Olha, a população de idoso que a gente tem aqui, ela é alta também.</p> <p>A gente não tem hoje algum trabalho na unidade voltado mesmo pra saúde do idoso.</p> <hr/> <p><u>Aqui em Diamantina é muito fraco na saúde do idoso, sabe? Eu acho que deveria incentivar muito mais. A gente tem um número de idosos muito grande, mas não tem programas voltados para a saúde do idoso assim.</u></p> <p>[...] primeiro eu teria que conhecer essas diretrizes da saúde do idoso, que eu não tenho conhecimento.</p> <p>Em relação [...] da quantificação de idosos que são atendidos na unidade, me lembrei que a gente tem como saber disso pelo SIABE.</p> <p>Não. Ainda não, assim... Como eu tô aqui há muito pouco tempo, né, e aqui está começando a organizar o sistema, não consegui a fundo ainda, porque é muita coisa, são muitos programas e vários setores, né?</p>

Então, a gente não tem essa ideia ainda, mas eu sei que são bastante. (Idosos)

Bem no comecinho mesmo... (risos) (Sobre o conhecimento da PNSPI).

Nossa, em média assim não sei te informar. A maior parte minha é idosos. É, a maior parte é idosos. São muitos mesmo. Eu conheço superficialmente. Não sei te falar detalhes não. (Sobre a PNSPI).

Tem, é... Não tem nada específico de trabalho assim, algumas unidades podem trabalhar com os grupos, mas não tem um trabalho grande, dentro da coordenação.

Então, a gente não tem nada específico para idoso.

Então, a gente precisa conhecer mesmo esses idosos, fazer um levantamento... ver as possibilidades de cada um de estar comparecendo em atividades, né? Que a gente estaria fazendo propostas pra eles...

Então primeiro é levantamento mesmo, treinamento da equipe, mobilização, mobilização social..., né?

É uma população praticamente de idosos. Então a maior parte da minha população é idosa. É. Mais ou menos eu tenho três mil novecentas e poucas pessoas na minha equipe e acredito que 70% seja idosos. [...] Então a maioria é idosa.

Que eu tenha conhecimento e que eu desenvolva aqui não. (Sobre programas baseados na PNSPI).

Ainda não tive tempo de pesquisar e estudar. (Sobre a PNSPI). Não, não que eu tenha conhecimento. (Sobre programas baseados na PNSPI).

Existem, só que na prática não são cumpridos. (Sobre programas baseados na PNSPI).

Dificuldade em trabalhar com o idoso

Então a gente tem uma agenda e a gente vê que o idoso é sempre deixado em último lugar.

A gente não tem estrutura, principalmente aqui em Diamantina, como tem muito morro [...]. Então isso tudo dificulta implantar este tipo de atividade, né?

O que eu percebo é que não se tem realmente este olhar para a saúde do idoso. Então o idoso é como se diz, assim: ah, já envelheceu, já tá indo desencarnar, então... (Sobre dificuldades em se estabelecer parcerias).

Vai trocar a policlínica de lugar, porque onde ela está, hoje, não atende bem ao idoso, ao cadeirante, àquelas pessoas que têm uma certa dificuldade de locomoção.

Aqui é difícil as ruas, né? Pra uma pessoa que tem deficiência e pra um idoso é difícil demais a locomoção. Então, o que eu vejo, assim, eu tenho que tentar fazer de uma forma que ele seja bem atendido. Ele tem que ter pelo menos o acesso.

Então é tudo assim, com escada ou então é assim, o piso não atende ou é irregular, porque são casas mais antigas.

Oh, na verdade, a gente, é... eu nem trabalho muito com idoso, né? Não é porque eu não gosto não, né?

Porque como nossa demanda é muito grande, a gente não consegue trabalhar todas as faixas etárias, de todos os programas, é uma demanda muito grande: a parte assistencial e a administrativa. Sobrecarrega muito o enfermeiro. Então a gente não consegue trabalhar tudo.

Nossa, eu acho tão difícil trabalhar com idoso... Eu acho que eles têm tanta resistência de vim... Eu acho difícil a adesão deles.

Então eu acho muito difícil trabalhar com os idosos. Eu não sei se eu tenho... [...] os idosos nunca vêm.

É, é difícil. Não sei se por eu não... Não sei, talvez eu não consigo captar eles por causa de eu não gostar muito de... Não, não gostar... Eu acho mais difícil trabalhar com idoso. Deles entenderem a importância, talvez seja por isso.

Atendimento em demanda espontânea

E a questão cultural que eu acho que influencia demais. Questão do idoso só procurar o serviço de saúde quando ele está doente, para trocar receita...

Eu acho que isso vai da boa vontade do profissional que tá aqui, nós enfermeiros mesmo. De começar por aqui. Você vai ficar esperando vir programa, implantar programa, para você tirar um dia pro idoso? Você tem que fazer um dia pro idoso. Você só atende idoso.

A gente atende o idoso mas não como um grupo que tem... um grupo programado mesmo, assim, pela gestão, que poderia estar auxiliando melhor os idosos.

Eu tenho uma demanda reprimida enorme, a maioria são pessoas idosas sim, não é? Estão me procurando e vários especialistas por várias coisas: cardiologista, urologista. Tem muito né? Homens mais velhos precisando do urologista [...]

Fora as consultas do dia a dia quem procura mais é idosos mesmo. Mais idosos. É uma população mais idosa. Que eu sou de zona rural..., né?

Atividades Desenvolvidas

Grupo Operativo

Fazer um grupo, que nem grupo tem. Você vê grupo de tudo, grupo operativo. Só não vê grupo de idoso.

A gente não tem grupo de idoso na questão de prevenção mesmo. Envelhecimento, falar do processo de envelhecimento, né? O que é fisiológico e o que não é...

Atividades de lazer também seria muito bom, atividades de ocupação, trabalhos artesanais, para o desenvolvimento do idoso mesmo, raciocínio seria muito interessante para eles.

Olha, eu acho que aqui, por exemplo a gente consegue uma adesão através dos grupos operativos.

Eles são atendidos, à medida assim, como os outros grupos, né? Encaixados com os outros grupos. Então durante a... são diluídos na agenda do PSF, mas não em aquele foco.

Atividade específica com o idoso na unidade de saúde fora os grupos operativos, eu acredito que não tenha.

Assim, mas a gente, os programas, algum planejamento, algum programa que a gente faz pra idoso mesmo, é grupo de idoso que a gente costuma fazer mesmo, né? [...] Grupo de terceira idade, né? Às vezes algum passeio, né?

Então, lá na minha unidade mesmo a gente montou o chá com prosa. No chá com prosa a gente faz mais um momento de descontração junto com saúde, né? Um yoga, uma música pra relaxar, as brincadeiras, um dia de conto, sabe? Um dia de histórias deles, um dia eles levam álbum de fotografia... Então a gente vai fazendo isso. A gente combina com o pessoal de levar chá, levar biscoito, a gente faz tipo um piquenique mesmo.

Algumas unidades podem trabalhar com os grupos.

Eles trabalhava muito grupos operativos, então tinha várias atividades.

Eu acho que talvez seria alguma atividade pra levantar a auto estima. Porque eu acho que idoso tem a autoestima muito diminuída, devido, lógico, né, devido a idade, devido a achar que já está no fim da vida... Então eu acho que o interessante seria atividades voltadas para a autoestima do idoso. Eu acho que isso que falta.

Eu tinha um grupo que chamava... é... chá da tarde. Era pra eles virem conversar, principalmente os que ficam mais sozinhos em casa. Esse chá da tarde mesmo que eu pensei, era novo, era bom pra eles saírem de casa..., né?

HIPERDIA

Hipertenso e diabético não é grupo de idoso não, uai!

Idosos hipertensos, diabéticos é o que mais tem, que tem mais demanda no posto de saúde.

Além do atendimento que já atendem hipertensos e diabéticos [...]

Tem o grupo de hipertenso e diabético que são idosos também que participam.

Tem metas de programas mais importantes, né? Como metas de vacina, hipertensão, diabetes [...]

A gente vai priorizar a gestante, o hipertenso, o diabético, né? Que geralmente parte desses hipertensos e diabéticos já é uma pessoa idosa. Então a gente vai procurar dar uma atenção maior ao idoso.

A gente trabalha hipertenso, diabético, mas nada específico para idoso.

Não só grupos de hipertensão e diabetes.

Nos PSF's a gente trabalha muito com os grupos de hipertensão, diabetes, que abrange muito o idoso.

Às vezes a gente faz um grupo de hipertenso de idosos, um grupo de diabéticos pros idosos...

Na verdade tem o HIPERDIA, né? Que é através de um convênio com o CISAJE. Que assim, querendo ou não, vai mais idosos acima de 60 anos. A população maior é acima de 60 anos que vai no HIPERDIA, que é diabetes e hipertensas.

**Atividades
Físicas**

Atividades físicas específicas para idosos [...]

Até para fazer essas atividades não tem uma praça que você possa reunir esta população, essa demanda.

A gente tem o grupo de caminhada com pessoas, quarta e sexta [...]

Alguns grupos, alguns PSF's tem os grupos de caminhada.

O que eu tenho visto aqui nos e-mails que chegam é um projeto que chama 'academia da saúde' e que está parado neste momento em Diamantina por falta de local, tá? De construção da academia.

Grupo de caminhada.

O meu grupo de caminhada mesmo tem 35 em x, não... 35 em y, e em x tem 25. Só o grupo, né? Que a gente faz.

Porque já tem o grupo de caminhada [...]. No grupo de caminhada a gente dá mais palestras.

Tem uma cobrança de atividades físicas em idosos. Tem um projeto na secretaria... na verdade, é do estado que tem uma cobrança de atividades físicas, que seja pelo menos três vezes na semana.

“A gente pretendia fazer assim, mais atividades físicas.

O único grupo que a gente tem aqui, que eles vêm, é o de caminhada: segunda, quarta e sexta. E quinta de coluna e terça de exercício. Eles vêm em todos, não perdem um.

Então, nós estamos iniciando, é... a caminhada. Então, nesta caminhada a gente reúne no local, aí faz a atividade física, o alongamento, e aí você já vai verificando a glicemia, e se tem assim, alguma ferida...

NASF

Eu acho que hoje nem está funcionando no município, que é o NASF.

Oh, uma coisa que faz falta pra gente é o NASF. Ele foi implantado, né? Foi por pouco tempo que a gente teve NASF, e ele ajudava muito. Porque os outros profissionais, eles iam nas unidades e fazia com que a população chegasse mais com os grupos.

O NASF então vinha e dava um apoio muito grande nessa parte que eles trabalhavam, eles trabalhavam muito os grupos operativos, né? Então eu acho que se voltasse o NASF seria um ganho muito grande.

CRAS

Assim, tipo a assistência social eu acho que tinha que tá junto, né? Primordialmente, eu acho. Né? Porque os idosos é meio que... são distantes, acabam sozinhos, não é vinculado tanto à sociedade. Então eu acho muito que a assistência social é muito importante. É... Eu acho o CRAS muito importante no trabalho junto com os PSF's.

Eu acho que, além dos CRAS, né, que já dá um certo apoio pra gente, eu acho que deveria ter mais, né? Aquilo que tem em lei.

ILPI

Asilo, que igual aqui a gente tem asilo, mas assim, pouquíssimas vezes a gente faz a visita lá no asilo... muitas vezes mais pra trocar receita, mas a questão da prevenção também fica a desejar. De ir lá sem precisar, né? Sem ser pra trocar, sem ser pra pedir exame, mais a questão de prevenção mesmo.

É... olha, eu acho que as instituições de longa permanência, né? Que tem aí o idoso, né? No local.

Prefeitura

E eu acho que a gente não pode esperar lá de cima não. (Refere-se à prefeitura).

Eu acho que a parceria com a prefeitura que tem que dar esse aparato pra gente.

E acho que deveria ter um incentivo maior da nossa gestão local para contribuir pra essa adesão dos idosos nas nossas unidades de saúde. Alguma coisa eficiente, mais concreta, né?

E a gestão local mesmo, e a administração, quanto mais de saúde.

Eu acho que a própria prefeitura mesmo, através dos PSF's, né? Porque a gente sabe que o PSF tem uma grande importância na saúde do idoso.

Mas também ele (prefeitura/PSF) poderia estar incentivando mais atividades de lazer, né? Pra poder... através da secretaria de esportes, né? É... secretaria, não só de saúde, mas talvez de esportes.

Mas poderia também, ter outras iniciativas da prefeitura através da secretaria de esportes, lazer, para o idoso. [...] Então a secretaria de esportes vai animá-lo, fazer uma atividade física, sei lá... Alguns passeios, baile...

Acredito que na própria prefeitura, os setores, né? Da praça dos esportes eu poderia oferecer a natação, também na praça do seminário tem aquela a..., que pode fazer ginástica..., academia popular.

Que na verdade tem lei, mas na prática isso não acontece. Eu acho que deveria ser assim, sei lá, por parte dos governantes, né? Implantar outros tipos de programas voltados para essa saúde do idoso e que é tão, assim... bem dizer defasado, né? Ou se não existe. Né? Só sei que é muito assim, não é plenamente cumprido aquilo que é determinado pelo Ministério da Saúde.

Universidade	<p>O grande parceiro que tem com a atenção básica é a universidade. Eu acredito que os cursos de fisioterapia, nutrição e até mesmo o curso de enfermagem, pra auxiliar a gente seria de grande valia. Então, a universidade com a odonto, estes vários cursos que estão dentro da universidade que expande, né? Tem vários cursos que poderia implantar aqui, eu acredito que seria o parceiro principal, seria a faculdade. Para implantar vários projetos, várias atividades que é importante pra eles, né?</p> <p>Eu acho que a princípio seria a universidade. E eles sempre têm as portas abertas para a secretaria de saúde, entendeu?</p> <p>Então, eu acho que a universidade é uma grande parceira.</p> <p>Eu acho que uma instituição que já contribui é a universidade. Eles ajudam bastante. Então eu acho que a universidade, o que eu vejo hoje que poderia estar ajudando é a universidade que já ajuda. Mas eles não ajudam em todas as unidades. Tem isso. Eles ajudam em algumas. Então eu acho que trazer a equipe multidisciplinar de acadêmicos da universidade pra dentro das unidades seria muito bom.</p> <p>E na universidade também tem fisioterapia e tem a natação que é do pessoal do curso de fisioterapia também. Assim os acadêmicos de enfermagem e fisioterapia são os que mais nos ajudam. Eles trazem muita coisa, trazem saúde bucal também, não posso reclamar do pessoal de odonto, que fazem avaliação de mucosa... Então, integração da faculdade com os recursos que já tem na prefeitura.</p>
Comunicação na rede	<p>A questão da comunicação entre todas as unidades, né? De tentar implantar uma política comum de todos falar uma mesma língua...</p> <p>Essas coisas (programas) que estão tudo assim, muito além do que precisava estar, por falta justamente desses comandos, dessas pessoas que vão ser o elo dessas equipes.</p> <p>Por exemplo, tem pessoas que a gente marca e não vai consultar, aí a gente perde e não fica sabendo, tem pessoas que a gente manda pra consultar e aí não sei porque ela não consegue chegar. Não sei se é o agente que não tá informando essa consulta. O CISAJE também, que às vezes o profissional lá não vai e a gente acha que o pessoal daqui foi e o médico não foi atender e aquela... então é assim, é desorganização mesmo!</p>

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção a Saúde do Idoso
Pesquisador: Juliana Santos Neves
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 33943814.9.0000.5132
Instituição Proponente:
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 764.341
Data da Relatoria: 28/08/2014

Apresentação do Projeto:

trata-se de um projeto de pesquisa que tem como pesquisadoras Juliana Santos Neves e Harriman Aley Moraes da UFVM e como alunos Joanito Niquini Rosa Junior, Luciana de Freitas Campos e Nadja Maria Gomes Murta. Os pesquisadores fazem uma revisão sobre o processo de envelhecimento no Brasil e as implicações sobre os desafios que a longevidade pode trazer para a sociedade. Apontam as estratégias das políticas para garantia do cuidado e cidadania dessa população e destacam que Para a viabilização e concretização das políticas de atenção ao idoso, é imprescindível conhecer e compreender como vem acontecendo o envelhecimento populacional brasileiro, bem como agir em parceria com o idoso partindo para a ação crítica e construtiva, e não deixar apenas no papel seus direitos e necessidades. As pesquisadoras destacam a existência de dificuldades e desafios a ser enfrentados por parte dos gestores da atenção básica ao implantar programas baseados no Programa Nacional em Saúde do Idoso. Dessa forma, propõem um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa que será desenvolvido nas dependências da Secretaria de Saúde de Diamantina e/ou sedes dos ESF. Os sujeitos da pesquisa serão o secretário de saúde e os profissionais da atenção básica do município, sendo eles: secretário de saúde, coordenador da atenção básica e gestores das Estratégias Saúde da Família (ESF), no caso do município em questão, o enfermeiro. A seleção dos sujeitos se deu por amostra intencional uma vez que eles respondem pelas ESF que desenvolvem o atendimento em saúde do idoso no âmbito

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1090
Bairro: Tupi **CEP:** 31.544-130
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 **Fax:** (31)3408-2218 **E-mail:** lep@sofiakidman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Parecer: 754.341

da atenção básica, perfazendo o total de 15 participantes. Será realizada entrevista semiestruturada (apêndice A) subsidiado por questões baseadas nas diretrizes da PNSI, de acordo com um roteiro contendo os seguintes itens: Há quanto tempo trabalha nesta função?; Conhece as diretrizes do Programa Nacional de Saúde do Idoso?; Existem programas baseados na Política Nacional de Saúde do Idoso no município de Diamantina?; Quantos idosos são atendidos em sua unidade de trabalho?; Qual(is) ações/estratégias você proporia para operacionalizar programas em saúde do idoso em sua unidade?; Qual(is) instituições poderiam contribuir na criação/operacionalização de programas relacionados ao Programa Nacional de Saúde do Idoso no município? Esta amostra será norteadada pelo princípio da saturação dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do estudo são analisar a inserção de programas relacionados à Política Nacional em Saúde do Idoso no município de Diamantina – MG e identificar os desafios e possibilidades na implantação dos programas relacionados à Política Nacional em Saúde do Idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam o risco de constrangimento decorrente do tipo de metodologia adotado e prevê as medidas para minimizá-lo. Em relação aos benefícios os pesquisadores acreditam que a produção científica sobre esse tema poderá auxiliar no contexto de atendimento desses profissionais a população estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa relevante, passível de ser desenvolvido que atende os preceitos éticos da resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

As recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Voto pela aprovação do projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi CEP: 31.844-130
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2240 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiafeldeman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Continuação do Protocolo: 794.341

Considerações Finais a critério do CEP:

BELO HORIZONTE, 25 de Agosto de 2014

Assinado por:
Tatiana Coelho Lopes
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1000
Bairro: Tuqui CEP: 31.844-130
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: kep@sofiafeldman.org.br

Anexo B – Termo de Instituição Co-Partícipe



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA

SECRETARIA DE SAÚDE

TERMO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTÍCIPE

Título da Pesquisa: A implantação dos programas de atenção à saúde do idoso: possibilidades e desafios

Coordenador do Projeto: Harriman Moraes

Pesquisador: Juliana Santos Neves

O presente trabalho tem como analisar a inserção de programas relacionados à Política Nacional em Saúde do Idoso no município de Diamantina – MG. O secretário de saúde e os profissionais da atenção básica do município que se dispuserem a participar do trabalho serão submetidos a entrevista semiestruturada. Caso aceitem participar do estudo, os sujeitos deverão assinar duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permanecendo com a posse de uma via e entregando a outra via à pesquisadora. Os indivíduos envolvidos na pesquisa serão identificados através de nomes de pedras preciosas ou semipreciosas para que sua identidade seja preservada.

Este termo autoriza os pesquisadores a desenvolver o projeto nas dependências da Secretaria de Saúde de Diamantina e/ou sedes dos ESF.

Serão tomadas todas as medidas visando resguardar a privacidade dos participantes e os mesmos poderão desistir a qualquer momento da participação, sem nenhum prejuízo.

"Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária à garantia da segurança e bem-estar."

Diamantina, 23 de setembro de 2014


Liliana Antunes de Ayub
Secretaria Municipal de Saúde
Gestora do SUS- Diamantina-MG

Secretaria Municipal de Saúde – Rua da Glória 394 – Diamantina – MG Cep.: 39100-000
Fone: (38) 3531 – 9460 – e-mail: smsdiamantina@jknct.com.br