

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

JACQUELINE DAMASCENO DE CASTRO BARROS

**A PERCEPÇÃO DO IDOSO DIANTE DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
SOB A LÓGICA DA AUTONOMIA DO SUJEITO**

VITÓRIA
2013

JACQUELINE DAMASCENO DE CASTRO BARROS

**A PERCEPÇÃO DO IDOSO DIANTE DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
SOB A LÓGICA DA AUTONOMIA DO SUJEITO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Carlota de Rezende Coelho

VITÓRIA

2013

JACQUELINE DAMASCENO DE CASTRO BARROS

**A PERCEPÇÃO DO IDOSO DIANTE DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
SOB A LÓGICA DA AUTONOMIA DO SUJEITO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em _____ de _____ de 2013

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora

Profª Drª Silvia Moreira Trugilho
Faculdade Católica Salesiana
Avaliador externo

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Avaliador interno

A vocês meus filhos Isabela e Lucas, que foram a luz da minha inspiração e a minha maior motivação.

A Marconi, meu amor há quase 30 anos, pelo companheirismo e incentivo, por ter contribuído tanto para este sonho ter se tornado uma realidade.

A Meus pais Maria Pereira Batista e Paulo César Damasceno, pelo amor com que me criaram, por terem sempre acreditado em mim.

A Meus Irmãos, Renato e Raphael, que, mesmo longe, torcem tanto pelo meu futuro e pela minha felicidade.

AGRADECIMENTOS

À Professora Carlota, pelo carinho, companheirismo e por ter sempre acreditado em mim e iluminado meu caminho com palavras de incentivo nos momentos mais difíceis.

À Professora Maria Sandra Pereira, por ter me proporcionado os primeiros passos na Iniciação Científica.

A Dra Sandra Buffa Souza Pinto, que me ajudou ver o futuro com novos olhares e novas perspectivas, acreditou em mim e me incentivou a trilhar novos caminhos sem as amarras do passado, porém com as raízes do aprendizado, percebendo o passo a passo do cotidiano com mais leveza.

A minha amiga, irmã de coração, Soraya Rangel, que sempre ficou feliz com minhas vitórias e esteve ao meu lado nas minhas tristezas.

A Socorro, minha secretária, a quem confiei meus maiores tesouros nos momentos de afastamento para estudar e trabalhar e como uma mãe zelosa cuidou de todos com carinho e dedicação.

Aos meus colegas de trabalho, professoras, colaboradores que de uma forma ou de outra me ajudaram neste caminhar tornando meus dias mais fáceis em meio a tantas turbulências.

A todos os meus professores, dos primeiros rabiscos aos que estão comigo até hoje no programa do mestrado.

E por último, mas não menos importante, a todos os idosos, que de alguma forma me inspiram a estudar e refletir sobre melhores formas de viver na terceira idade.

Meu Muito Obrigado!

“A velhice é o que acontece às pessoas que ficam velhas; impossível essa pluralidade de experiências num conceito, ou mesmo numa noção. Pelo menos, podemos confrontá-las umas com as outras, tentar destacar delas as constantes e dar as razões de suas diferenças.”

Simone de Beauvoir

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil produziu importantes consequências no âmbito das políticas públicas para a pessoa idosa. Atualmente, este grupo é o que mais cresce proporcionalmente em todas as regiões brasileiras. O objeto do estudo versa sobre a percepção do idoso diante das ações de promoção da saúde em uma unidade da estratégia de saúde da família de Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, sob a lógica da autonomia e independência do sujeito no contexto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e na Política Nacional de Promoção da Saúde. Foram levantadas como questões problemas: Como o idoso se percebe enquanto sujeito na promoção de sua saúde? Qual a percepção dos idosos em relação às políticas públicas voltadas para a pessoa idosa? Para responder estas indagações e percorrer por este universo foram construídos como objetivos: Descrever sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso frente à epidemiologia do envelhecimento populacional no bojo da construção do Sistema Único de Saúde brasileiro. Apresentar os marcos históricos do conceito de promoção da saúde que foram determinantes para a formulação das Políticas de Saúde da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária no Brasil. Discutir a percepção do idoso sobre a autonomia do sujeito no contexto das políticas e ações de promoção da saúde desenvolvidas na Estratégia da Saúde da Família. Foi realizada revisão integrativa da literatura, pesquisa de campo com abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os sujeitos da pesquisa foram seis idosos de uma das Unidades da Estratégia da Saúde da Família de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, na microárea IV. Os resultados foram analisados e discutidos sob a lógica da autonomia e independência do sujeito e, pelo pensamento dos estudiosos que respaldaram as análises feitas sobre a política de saúde no Brasil, a política voltada para a pessoa idosa e, o conceito de promoção da saúde a partir de suas origens e aplicabilidade. Nas análises feitas das entrevistas, alguns códigos se desvelaram e evidenciaram 2 categorias, 1ª categoria - A percepção do Idoso diante das ações de promoção de saúde. 2ª categoria – A autonomia e a independência do idoso: desafios e possibilidades. Na conclusão do estudo, os sujeitos, apesar da dificuldade em compreenderem as políticas e ações de promoção da saúde, de certa forma, revelaram que o conhecimento popular, pode contribuir para o avanço das relações entre idosos, profissionais de saúde e para a política de saúde. Foi possível

perceber, a partir das falas, que os idosos sabem o que querem e o que não gostam, sabem nomear as boas relações e as relações desastrosas, sabem decidir sobre o que é bom ou não para suas vidas, assim foi o despertar da história da promoção da saúde, onde a participação popular, a participação da comunidade foi despertada, como uma necessidade, em um processo imperativo que emergiu diante um sistema de saúde que tinha urgência em mudanças.

Palavras Chave: Envelhecimento da população. Promoção da saúde. Pessoal de saúde. Poder (Psicologia). Saúde da família. Saúde do idoso.

ABSTRACT

The aging population in Brazil has brought important consequences in the context of public policies for the elderly person. Currently, this group is the fastest growing proportionately in all Brazilian regions. The object of the study deals with the perception of older persons under the health promotion actions in a unit of the family health strategy of Cachoeiro de Itapemirim-Espírito Santo, under the logic of the autonomy and independence of the subject in the context of the National Health Policy of the elderly person and the National Policy of health promotion. Were raised as issues problems: As the elderly understand while subject in promotion of his health? What is the perception of the elderly in relation to public policies geared to the elderly person? To answer these questions and go for this universe were built as objectives: Describe about the National Health Policy for the elderly in front of the epidemiology of population aging in the midst of the construction of the Brazilian unified health system. Present the historical landmarks of the concept of health promotion that were instrumental in the formulation of health policies of the elderly person in the context of primary health care in Brazil. Discuss the perception of the elderly about the autonomy of the subject in the context of policies and health promotion actions developed in the family health strategy. Integrative literature review was one of the units of the family health strategy of Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, in micro area IV. The results were analysed and discussed under the logic of the autonomy and independence of the subject and, by the thought of scholars who supported the analyses on health policy in Brazil, the policy caters to the elderly person and the concept of health promotion from its origins and applicability. In the analyses performed, it was used field research with qualitative

approach, by means of semi-structured interviews. The subjects of the research were six seniors from the units of the family health strategy of Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, in micro area IV. On the interviews analyses, some codes were revealed and showed 2 categories: 1st category-the perception of older persons under the health promotion actions. 2nd category – the autonomy and independence of the elderly: challenges and possibilities. At the conclusion of the study, the subjects, despite the difficulty in understanding the policies and actions of health promotion, in some ways, revealed that the popular knowledge, can contribute to the advancement of the relations between seniors, health professionals and health policy. It was possible to realize, from the lines, that the elderly know what they want and what they don't like, they know how to nominate good relations and disastrous relationships, can decide on what is good or not for their lives, so was the awakening of the history of health promotion, where popular participation, community participation was aroused, as a necessity in an imperative process that emerged on a health system that change was needed.

Key Words: Demographic Aging . Health Promotion. Health Personnel. Power (Psychology). Family health. Health of the elderly.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	15
2.1	TIPO DE PESQUISA.....	15
2.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	17
2.3	SUJEITOS DE PESQUISA.....	20
2.4.	CRITÉRIOS ÉTICOS.....	20
2.5.	COLETA DE DADOS, MÉTODO E INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	20
2.6.	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	21
2.7	ESTRUTURA DA PESQUISA.....	21
3	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O IDOSO	22
3.1	ENVELHECENDO NO BRASIL: UMA QUESTÃO POPULACIONAL E EPIDEMIOLÓGICA.....	22
3.2	A TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL.....	27
3.3	O PARADIGMA BIOMÉDICO E A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	35
4	PROMOÇÃO DA SAÚDE ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.....	40
4.1	AS ORIGENS DO CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA CORRELAÇÃO COM A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL.....	40
4.1.1.	As origens do conceito de promoção de saúde no mundo.....	40
4.1.2	A promoção de saúde no Brasil no contexto das políticas de saúde.....	47
4.2	UM BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA...	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53

5.1	A PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	53
5.2	A AUTONOMIA E A INDEPENDÊNCIA DO IDOSO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES.....	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE A.....	84
	APÊNDICE B.....	85
	ANEXO A.....	87
	ANEXO B	88

1 INTRODUÇÃO

*Não se aprende Senhor, na fantasia,
Sonhando, imaginando ou estudando,
Senão vendo, tentando e pelejando.*

Camões
Os Lusíadas

O objeto do presente estudo versa sobre a percepção do idoso diante das ações de promoção da saúde em uma unidade da estratégia de saúde da família de Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, sob a lógica da autonomia e independência do sujeito no contexto da Política Nacional de Saúde do Idoso.

O interesse em desenvolver a pesquisa sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso originou-se há cerca de 10 anos. Desde o período da graduação em enfermagem, no qual foram desenvolvidas pesquisas de campo e bibliográficas sobre o envelhecimento, a velhice e o idoso. Na conclusão do Curso de Graduação a monografia realizada como trabalho de conclusão de curso teve como universo de pesquisa a sexualidade do idoso.

A saúde do idoso também foi tema de dois trabalhos premiados no EnfQuali` 2003 e 2004 – IV e V Congresso Brasileiro de Qualidade em Enfermagem em São Paulo, sendo eles, respectivamente, “A Enfermeira Desvelando a Sexualidade do Idoso para Proporcionar Melhora em sua Qualidade de Vida” e “A Enfermeira Desvelando a Inserção do Idoso na Sociedade” (BARROS, J. D. C. et al. LAMONATO, A. A; COELHO, J. F; PEREIRA, M. S).

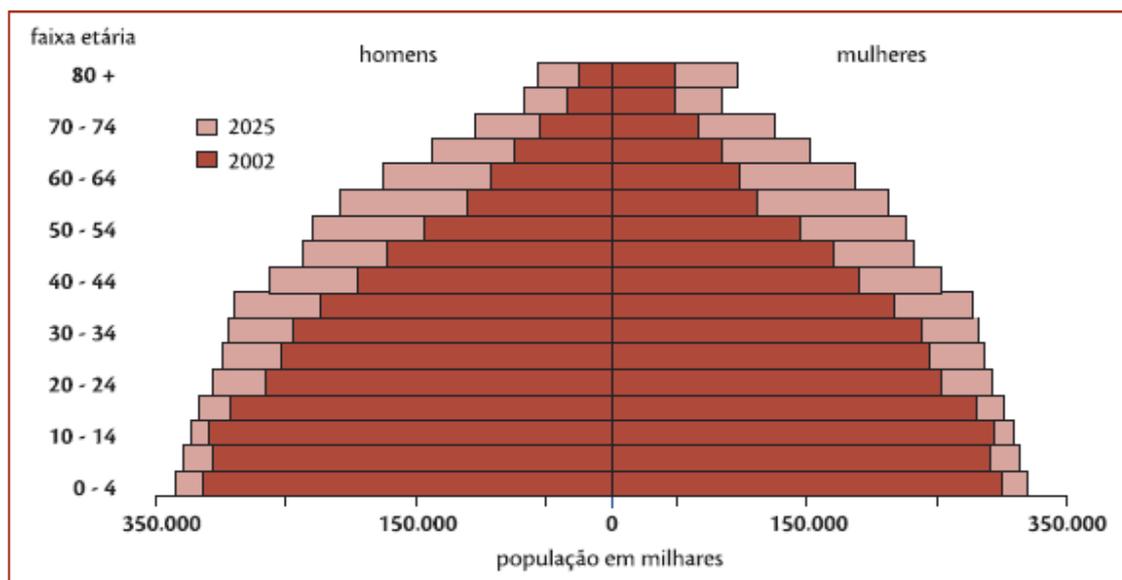
As experiências vividas como enfermeira na Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Cachoeiro de Itapemirim – ES, as vivências acadêmicas como professora da disciplina enfermagem na saúde do idoso, e supervisora nos campos de estágios em asilos, unidades de saúde da família e estágio supervisionado na saúde pública possibilitaram a observação da relação dos idosos com sua família, comunidade e equipe de saúde, tanto em âmbito domiciliar, como em instituições de

longa permanência. Somado a isso, a aproximação com o idoso em seu contexto de vida despertou questionamentos sobre esse universo – a saúde da pessoa idosa.

Estudar percepção do idoso diante das ações de promoção de saúde em uma unidade da estratégia de saúde da família é uma forma de contribuir para a reflexão crítica dos profissionais de saúde no cotidiano de suas práticas quando atuam no sentido de promover a saúde da pessoa idosa.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e requer um olhar atento dos governantes. A pirâmide abaixo (figura 1) demonstra uma redução do número de crianças e jovens, e o aumento do número de idosos. Dados esses que deveriam, no mínimo, ser discutidos, com vistas à implantação de políticas que atendam as necessidades dos idosos e da sociedade.

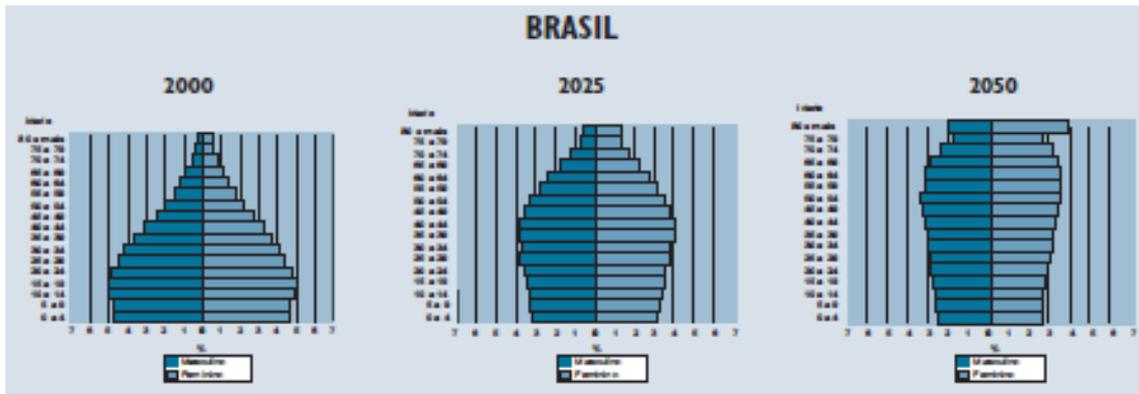
Figura 1 - Pirâmide da População mundial em 2002 e em 2025



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2005)

No Brasil (2010), essas modificações ocorrem de forma bastante acelerada (figura 2). As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. No decorrer dos anos, em 2050, existirão mais de dois bilhões com mais de sessenta anos, a maioria vivendo em países em desenvolvimento.

Figura 2 - Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2000, 2025 e 2050



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010)

Esse envelhecimento populacional no Brasil produziu importantes consequências no âmbito das políticas públicas para a pessoa idosa. Atualmente, é o grupo que mais cresce proporcionalmente em todas as regiões brasileiras. Essas mudanças vêm causando alterações sociais, culturais e epidemiológicas, tais como: isolamento social do idoso, conflito entre as diferentes gerações e aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis. Tais situações justificam a necessidade da priorização de ações das políticas de saúde do idoso (KALACHE, 2008; CAMARANO, 2004).

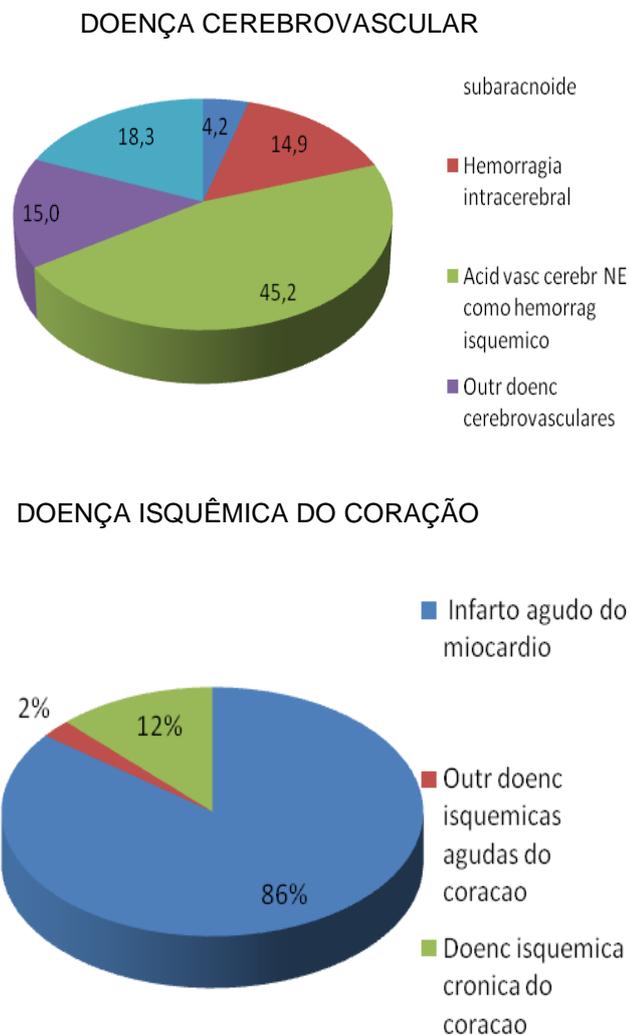
O número de idosos no Brasil, segundo Veras (2009), ascendeu de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, ou seja, em cinquenta anos aumentou em quase 700%. Consequentemente, as doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar mais expressão no conjunto social, resultando no crescimento da procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de permanência no leito é superior a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde.

Portanto, quando se pensa na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso baseada na qualidade de vida, a promoção da saúde assume importância basilar para manter a capacidade funcional no envelhecimento, ou seja, estas

políticas são pensadas para manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.

A Figura abaixo demonstra o número de mortes por doença cerebrovascular, mais comum em mulheres a partir dos 80 anos, enquanto no sexo masculino prevalecem as doenças isquêmicas do coração, sendo mais incidente entre os homens na faixa etária de 70 a 79 anos.

Figura 3 - Proporção de óbitos por doença cerebrovascular e doença isquêmica do coração na população com 20 anos e mais de idade. Espírito Santo, 2010



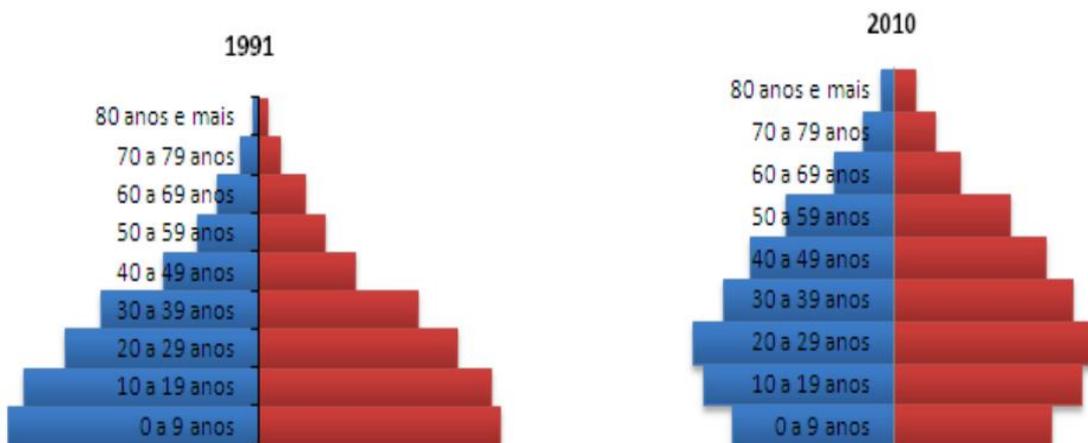
Fonte: SESA / Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) - 2010

As Doenças do Aparelho Circulatório representam a primeira causa de óbito para ambos os sexos, e aumentam significativamente a partir dos 50 anos de idade. Os óbitos por doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular ocupam 34% e 32% respectivamente. O infarto agudo do miocárdio foi responsável por 85% das mortes por doença isquêmica do coração em 2010, seguido pelas doenças isquêmicas crônicas, com 12% (ESPÍRITO SANTO, 2012).

A grande maioria das doenças crônicas nos idosos tem como seu principal fator de risco a própria idade. No entanto, a promoção da saúde contribui para que esta longevidade não impeça o mesmo de conduzir sua própria vida de forma autônoma. O idoso que mantém sua independência e exerce sua autonomia deve ser considerado saudável, ainda que apresente doenças crônicas.

No Espírito Santo, como ilustra a figura abaixo, a pirâmide segue mudando, não diferente da pirâmide do Brasil. O aumento do número de idosos é cada vez maior e este cenário não pode ser desconsiderado. Pelo contrário, deve ser utilizado para políticas de saúde, para a promoção da saúde e em melhores estratégias na prestação de serviço, como por exemplo, a estratégia de saúde da família (ESF), uma forma de evitar que doenças e agravos possam acometer as pessoas.

Figura 4 - Estrutura etária por sexo e idade. Espírito Santo, 1991-2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010)

A Estratégia de Saúde da Família deve ser a primeira porta de entrada do usuário no sistema de saúde e constituir um local de resolutividade capaz de atender os casos mais comuns, por meio da educação, promoção e prevenção em saúde. Para tanto, é necessário uma equipe multiprofissional qualificada a prestar assistência integral e contínua, tanto na unidade, quanto no domicílio, nas creches, escolas, presídios, dentre outros (BRASIL, 2012a).

As equipes de saúde, principalmente as da estratégia de saúde da família, seguem as diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) como pilares para as ações de promoção do envelhecimento saudável. Atuam na manutenção e na melhoria da capacidade funcional dos idosos, e na prevenção de doenças e recuperação da saúde dos idosos que adoecem. Ademais, voltam-se para a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

Frente à aproximação profissional com tema, as contribuições do estudo e a problematização do objeto de estudo foram levantadas como questões problemas: Como o idoso se percebe enquanto sujeito na promoção de sua saúde? Qual a percepção dos idosos em relação às políticas públicas voltadas para a pessoa idosa? Para responder estas indagações e percorrer por este universo foram construídos como objetivos:

- Descrever a Política Nacional de Saúde do Idoso frente à epidemiologia do envelhecimento populacional no bojo da construção do Sistema Único de Saúde brasileiro.
- Apresentar os marcos históricos do conceito de promoção da saúde que foram determinantes para a formulação das Políticas de Saúde da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária no Brasil.
- Discutir a percepção do idoso sobre a autonomia do sujeito no contexto das políticas e ações de promoção da saúde desenvolvidas na Estratégia da Saúde da Família.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

“No encontro autêntico, o homem está presente em sua essência, que é sua existência, e autenticidade do encontro se manifesta no olhar, no gesto, na mímica, no sorriso e até no silêncio”.

Armando Asti Vera

Com o intuito de desvelar a percepção do idoso diante das ações de promoção da saúde desenvolvidas na estratégia de saúde da família, considerando as políticas públicas voltadas para o mesmo, foram realizadas pesquisas bibliográficas abordando o envelhecimento populacional, suas causas, consequências sociais, econômicas e políticas, e o caminho histórico da promoção da saúde, contextualizando com políticas públicas de saúde que proporcionaram um olhar mais cuidadoso para a saúde da pessoa idosa.

2.1 TIPO DE PESQUISA

Ao iniciar a pesquisa bibliográfica, de modo organizado e ordenado, buscou-se publicações científicas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexadas na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline), SCIELO, LIS (Localizador de Saúde). Também foram utilizados livros e teses que contribuíram na contextualização do objeto. Empregou-se, na busca de artigos, os seguintes descritores: Promoção da saúde, Envelhecimento, Política de saúde e Saúde do Idoso.

Com o objetivo de identificar autores que sustentassem o objeto de pesquisa, foi realizada revisão integrativa da literatura, no intuito de realizar uma abordagem mais aberta, na qual é permitida a inclusão de dados da literatura teórica e empírica, além de poder aliar um amplo leque de proposições como: conceitos, evidências

históricas, gerando um cenário consistente e com argumentos relevantes (SOUZA, 2010).

Polit e Hungler (2004) dizem que a revisão integrativa da literatura busca evidenciar conclusões em estudos anteriores, além de evidenciar espaços que precisam ser preenchidos com o desenvolvimento de estudos recentes resultando em novos ajustes e perspectivas sobre o sujeito estudado. Este método tem também a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Na pesquisa e organização dos artigos levantados nas bases de dados citadas acima, foram utilizados como critérios de inclusão artigos disponíveis com idiomas em português, inglês e espanhol, com ano de publicação de 2003 a 2013. Como critério de exclusão não se utilizou artigos incompletos, que tratavam de patologias e que não continham em seus resumos os descritores usados. Porém, nos capítulos dedicados à história do SUS, e ao conceito de promoção de saúde, lançou-se mão de artigos e normas do Ministério da Saúde com datas anteriores ao ano de 2003, dada a relevância destes na sustentação da construção histórica.

Na sequência, foi elaborada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa para trabalhar os dados. O estudo qualitativo atende aos objetivos da pesquisa, pois de acordo com Turato (2008) o mesmo proporciona um conhecimento a cerca das propriedades que lhe são inerentes, onde o pesquisador além seu interesse em conhecer as qualidades de seu objeto de investigação, apresentando sua essência, conhecendo as coisas como elas são.

“Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 56).

Desta forma, é importante que o pesquisador esteja atento no intuito de obter melhor entendimento a respeito do comportamento das variáveis sobre o fenômeno. Utilizou-se um instrumento de investigação (APENDICE B), construído de maneira

que permitiu aprofundar o estudo, por meio da coleta de dados (ANDRADE, 2010). Assim, a entrevista semiestruturada desenvolvida favoreceu a execução da pesquisa e o desenrolar no ir e vir da avaliação dos dados.

2.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Ao tratar de uma linha de pesquisa que considere as políticas públicas e o desenvolvimento local, é importante que seja feita a descrição dos serviços de saúde ofertados e da realidade das condições de saúde do cenário do estudo, com a proposição de destacar, posteriormente, essas variáveis na saúde da pessoa idosa.

Localizada no Sul do Espírito Santo, Cachoeiro de Itapemirim (figura 5), distante 136 km da capital do estado, Vitória, possui uma população de 189.878 habitantes, dos quais 173.572 residem na zona urbana e 16.306 na zona rural. (IBGE, 2010) Destes, 173.572, 15.137 têm idade superior a 60 anos, e na área onde foi o cenário do estudo residem 428 idosos (BRASIL, 2011).

Figura 5 – Localização do município de Cachoeiro de Itapemirim no do sul do estado do Espírito Santo



Fonte: ESPÍRITO SANTO. Plano Estadual e Saúde 2012-2015 (2012)

habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, possuindo uma rede de saúde estruturada com Unidades Básicas de saúde (UBS), Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Pronto Atendimento, Centro de Infectologia Abel Santana (CRIAS), Centro de Referência ao Trabalhador (CEREST), Laboratório de Prótese Dentária, Centros de Especialidades Odontológicas, Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Laboratório Municipal de Análise Clínica, além de Centros Municipais de Saúde que exercem o papel de policlínica.

A pesquisa ocorreu em uma das unidades de ESF, especificamente a ESF do Abelardo Machado (figura 7), denominada área 11, tendo como área de abrangência os bairros Abelardo Ferreira Machado, Alto Novo Parque, Nossa Senhora de Fátima e Santa Cecília, e população referenciada de 4.301 pessoas (BRASIL, 2012b).

Figura 7 – Unidade da estratégia da saúde da família Abelardo Machado



Fonte: Foto de autoria da prof^a Jacqueline Damasceno de Castro Barros utilizada no relatório do diagnóstico situacional da Unidade de Saúde, realizado em estágio do Centro Universitário São Camilo ES.

2.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Foram entrevistados seis idosos e o levantamento de dados, junto aos mesmos, ocorreu na microárea IV, por se tratar da área que compreende os idosos que têm maior frequência na participação das atividades de promoção da saúde, desenvolvidas pela equipe. Também participaram idosos que não frequentam assiduamente as atividades, mas esses são identificados em todas as microáreas, por isso, e pela conveniência, foram entrevistados os idosos da mesma microárea.

2.4. CRITÉRIOS ÉTICOS

Inicialmente foi explicitado o objetivo da pesquisa aos entrevistados, solicitado cooperação e relatado a utilização dos resultados para fins científicos, garantindo o sigilo, por meio de letras e números. Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A), seguindo as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil. O presente projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e o CAAE da plataforma Brasil é 07273912.3.0000.5065 o termo substanciado encontra-se em ANEXO B.

2.5. COLETA DE DADOS, MÉTODO E INSTRUMENTO DE PESQUISA

Consistiu-se em entrevistas utilizando um roteiro semiestruturado (APENDICE B), com visitas agendadas pela agente comunitária de saúde. Foram executadas oralmente com gravação das falas e feita a transcrição, linha a linha, de cada palavra dos informantes. Realizou-se tal procedimento com todos os dados após cada coleta, no qual cada evento foi sublinhado e codificado, mantendo os mesmos termos utilizados pelos participantes, sujeitos do estudo.

Utilizou-se o critério semântico com recortes das falas, classificando-as por códigos e em seguida categorizando-as pertinentemente aos objetivos da pesquisa.

2.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram submetidas a um processo de preparação no qual, inicialmente, os seis idosos entrevistados foram caracterizados por letras, **IA, IB, IC, ID, IE e IF**, a fim de garantir o anonimato. Para separar as amostras das entrevistas utilizaram-se códigos semânticos que expressavam por palavras o significado das falas. Uma vez identificado os códigos, a categorização evidenciou-se por semelhanças com os objetivos da pesquisa.

Durante as idas e vindas do processo de análise a categorização emergiu orientada pelos códigos semânticos percebidos nos relatos dos idosos, e contextualizados com o problema da pesquisa e seus objetivos.

2.7 ESTRUTURA DA PESQUISA

Esta dissertação foi estruturada em três capítulos. No primeiro foi abordada a Política Nacional de Saúde do Idoso frente à epidemiologia do envelhecimento populacional no bojo da construção do Sistema Único de Saúde brasileiro. No segundo capítulo, foram descritos os conceitos e marcos histórico da promoção da saúde no mundo, relacionados com a história da política de saúde brasileira, determinantes para a formulação da Política Nacional de saúde da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária em Saúde. Finalmente, no terceiro e último capítulo, foram apresentados os resultados e as discussões das falas dos idosos, com enfoque na autonomia do sujeito no contexto das políticas e ações de promoção da saúde desenvolvidas na Estratégia da Saúde da Família.

3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O IDOSO

Velhice é um termo impreciso e sua realidade difícil de perceber. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 64, ou 70 anos? Nada flutua mais que os limites da velhice em termos de sua complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto suas artérias, seu cérebro, seu coração, seu moral ou sua situação civil?

Renato Veras

Neste capítulo, inicialmente é apresentado um breve histórico sobre o envelhecimento populacional e, posteriormente, abordado a trajetória das políticas públicas que contribuíram para a criação e implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

3.1 ENVELHECENDO NO BRASIL: UMA QUESTÃO POPULACIONAL E EPIDEMIOLÓGICA

O Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos até 2025, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, sendo de 14,5 milhões em 2000 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005. p. 8).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (OMS, 2005).

O envelhecimento populacional não é um fenômeno exclusivo do Brasil, está repercutindo mundialmente, e no país as modificações são complexas. “O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20

milhões em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos” (VERAS, 2009. p. 549).

Concordamos com Veras (2007) quando cita que o Brasil hoje é um jovem país de cabelos brancos. Pois, a cada ano, 650 mil da população brasileira chegam à terceira idade, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Conclui o mesmo autor que, em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2007).

O crescimento populacional, em todo o mundo, é um processo com causas parecidas, embora cada país ou região cresça com velocidade própria, assinala Paiva e Wajnman (2005, p. 304) “Em todas as regiões do mundo, mais cedo ou mais tarde, mais rapidamente ou mais lentamente, os níveis de mortalidade e de fecundidade estão caindo”. Assim, as consequências das demandas sociais e econômicas aumentarão.

De acordo com Carmo, Barreto e Silva (2003) o Brasil sofreu transformações em meados do século XX modificando o padrão de morbimortalidade. Segundo o autor, em estudo sobre as Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira:

[...] tem-se verificado um aumento da expectativa de vida ao nascer, que passa de 45,9 anos em 1950 para 68,5 anos em 2000, refletindo o processo de envelhecimento da população, com aumentos contínuos e significativos na proporção de indivíduos com idade superior a 60 anos (CARMO; BARRETO; SILVA, 2003, p.1780).

É importante ressaltar que a redução de doenças infecciosas e parasitárias, a diminuição da fecundidade, os avanços tecnológicos, juntamente com a inserção do Sistema único de Saúde na década de 1990 e dos programas de atenção básica, contribuíram com a redução da mortalidade infantil, e conseqüentemente modificaram o padrão de crescimento populacional caracterizando a transição epidemiológica e demográfica.

[...] as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que representavam 45,7% do total de óbitos ocorridos no país em 1930, representaram apenas 5,9% dos óbitos com causas definidas, no ano de 1999, comparação possível a partir da análise dos registros de óbitos para as capitais do país. Enquanto isto, as Doenças Cardiovasculares (DCV), seguindo uma tendência inversa, aumentaram sua participação de 11,8% para 31,3% do total dos óbitos ocorridos no mesmo período (BARRETO; CARMO, 2007, p. 1780).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) os municípios estão cada vez mais utilizando dos recursos oferecidos pelas políticas públicas em prol dos segmentos populacionais prioritários. Assim, os indicadores contribuem para conhecer a realidade social e os processos de mudança para o estabelecimento de prioridades sociais.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) comprova através de seus dados a dinâmica demográfica no Brasil, e demonstra que esta vem apresentando uma diminuição no ritmo de crescimento populacional e mudanças na sua estrutura etária. Esse processo de transição demográfica, relacionado com a queda das taxas de mortalidade e fecundidade, tem provocado uma rápida variação na estrutura etária brasileira, com redução da proporção de crianças e jovens, aumento da população adulta e uma tendência de substantiva elevação de idosos. Desta forma, a mudança na distribuição etária vem configurar um novo retrato da população brasileira que se reflete em mudanças nas demandas por políticas públicas específicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Nos municípios com maior volume populacional, acima de 100 000 habitantes, há predominância de pessoas em idade ativa e menor participação da população de 0 a 14 anos. É nessa classe de municípios, com mais de 100 000 habitantes, que residem 53,2% dos cerca de 20,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Esses números reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas para os idosos, criando condições de oferecer atendimento à saúde, adequado a essa população, e informando a comunidade sobre os fatores de riscos que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele.

Segundo Lebrão (2007) a importância de se estudar as características do crescimento da população idosa prende-se ao fato de o cronograma comprimido desse envelhecimento poder ser evidenciado pela revolução médica e de saúde pública que ocasionou o declínio da mortalidade há cerca de meio século. Isso poderá ter implicações na saúde das pessoas que irão alcançar os 60 anos depois de 2000, e que vivenciaram todos os benefícios da tecnologia médica introduzida no período pós-Segunda Guerra mundial, pois os ganhos na sobrevivência são resultado da redução à exposição, melhor tratamento e recuperações mais rápidas.

Há cerca de três décadas discutia-se as causas e consequências do crescimento populacional. Hoje, discutem-se as causas e consequências da transição demográfica. A chamada *bomba demográfica* já foi desativada, muita coisa mudou no mundo e, do ponto de vista demográfico, a maior mudança foi a universalização do processo de transição demográfica.

Em todas as regiões do mundo, mais cedo ou mais tarde, mais rapidamente ou mais lentamente, os níveis de mortalidade e de fecundidade estão caindo. O que parecia imutável nas condições de subdesenvolvimento do início dos anos 60 tornou-se, a partir do conhecimento daquela época, surpreendentemente mutável. Expressões como "*bomba demográfica*" foram substituídas por "*bônus demográfico*" ou "*janela de oportunidades*" (PAIVA; WAJNMAN, 2005, p. 304).

O envelhecimento populacional no Brasil produziu importantes consequências no âmbito das políticas públicas para a pessoa idosa. Atualmente, este grupo é o que mais cresce proporcionalmente em todas as regiões brasileiras. Estas mudanças vêm causando alterações sociais, culturais e epidemiológicas, como: o isolamento social do idoso, conflito entre as diferentes gerações e aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis. Tais situações demonstram a necessidade da priorização de ações das políticas de saúde do idoso (KALACHE, 2008; CAMARANO, 2004).

Um dos muitos estudos de Foucault (1976) aborda este tema apontando a biopolítica como um processo que trata estas questões:

“[...] biopolítica trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos [...], constitui, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica (FOUCAULT, 1976, p. 289).

Este contexto demográfico, socioeconômico, político, já é foco de estudos há tempos, como visto acima, sendo de extrema relevância para a transformação sociocultural do idoso. Entretanto, ainda revela-se escassamente evidenciado pelo descaso generalizado pela atual sociedade brasileira.

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu muito tempo depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzido desigualdades sociais e econômicas e implementado um número de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades residuais, ao menos na área de acesso aos serviços de saúde (PALLONI; PINTO-AGUIRRE; PELÁEZ, 2002, p. 762).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005, p. 14), na década de 1990, passou-se a utilizar o conceito de “Envelhecimento ativo”, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, e sua implementação demanda uma mudança de paradigma, requerendo uma abordagem participativa do idoso.

O desafio é garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção, com articulação intersetorial para formulação de políticas públicas afins (BRASIL, 2012c).

No cotidiano das atividades desenvolvidas junto aos idosos e da prática dos profissionais de saúde foram observadas dificuldades referentes à autonomia dos idosos diante as ações de saúde e sociais, promovidas pelas instituições de saúde e pelos profissionais envolvidos com a saúde do idoso.

Minayo e Coimbra (2002, p. 38) dizem que a realidade dos idosos [...] “é como se eles estivessem numa dimensão não produtiva e terminal da natureza – resíduos da natureza, objetos de necessário descarte” [...], pois não reproduzem mais nada,

inclusive para a sociedade, não fazendo mais parte dela. Sendo assim, o idoso se torna um excluído que não serve para mais nada, e é descartado de forma implacável, o que interfere no seu convívio cotidiano.

Os discursos contemporâneos associados ao envelhecimento e às ações voltadas a este segmento, provenientes de diretrizes governamentais, de gestores públicos e de profissionais de saúde, preconizam a manutenção da qualidade de vida e o envelhecimento saudável, entendidos a partir da possibilidade dos idosos viverem de forma autônoma e independente na comunidade por meio de ações de promoção em saúde.

3.2 A TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL

De acordo com Pereira (2010, p.1) “As políticas públicas são compostas por políticas de cunho social e econômico e foram construídas ao longo do desenvolvimento da ordem burguesa, com a emergência do Estado-Nação, a partir do século XVI”.

A assistência de saúde no Brasil ofertada até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate as endemias, e na mesma década surgiu o sanitarismo- campanhista que perdurou até a década de 1940, visando a política econômica agrário-exportador, garantindo assim condições de saúde para trabalhadores da produção e da exportação (MÉDICI, 1994).

Diante do cenário demográfico mundial, onde o aumento da população idosa é preocupante, o Brasil avançou na legislação criando leis que amparassem o idoso. Em um contexto histórico-político, os direitos prioritários dos idosos são representados na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.742 de 1993 - Lei Orgânica as Assistência Social, na Lei 8842 de 1994 - Política Nacional do Idoso, na Lei nº 10.741 de 2003 – Estatuto do idoso, na Portaria nº 399 de 2006– Diretrizes do Pacto pela Saúde e na Portaria nº 2.528 de 2006 – Política Nacional de Saúde da

Pessoa Idosa. Dentre as principais políticas públicas voltadas para o idoso, o marco desse processo foi o Estatuto do Idoso (ESPIRITO SANTO, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foi um momento de discussões importantes que deliberaram sobre os princípios doutrinários (universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade) e organizativos (descentralização, regionalização e comando único) para um sistema de saúde no Brasil, que foram incorporados na Constituição de 1988 (BRASIL, 1986).

A Constituição Brasileira garante o direito à saúde e defende a cidadania: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde - e nº 8142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (ESPIRITO SANTO, 2008).

Além de garantir o direito à saúde, a Constituição Federal abriu caminho para novas leis que priorizassem o idoso em seus artigos 229 e 230 do cap. VII respectivamente: “[...] os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade [...]”, “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-lhes o direito à vida. § 1º - Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. § 2º - Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos” (BRASIL, 1988).

A 8ª CNS foi um grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil, pois foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal (1988), como nas Leis Orgânicas da saúde (LOS) nº. 8.080 (1990) e nº. 8.142 (1990), permitindo o avanço nas leis de proteção social e na Política Nacional do Idoso.

O Artigo 1º da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) (1993) define assistência social como parte do conjunto de políticas do sistema de Seguridade Social brasileiro, uma política não contributiva para o acesso ao direito à proteção social. Em seus artigos 20 e 21, a LOAS trata do Benefício de Prestação Continuada (BPC):

O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993, p. 1).

Em 1994 a Lei N. 8.842 aponta no Artigo 1º os objetivos da Política Nacional do Idoso (PNI), assegurando os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Embora o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros, obrigando-nos a dar maior ênfase na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, nossa maior atenção precisa se voltar para as políticas que promovam a saúde, que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizem as redes de suporte social. Somente em 1994, o Brasil passou a ter uma Política Nacional do Idoso (Lei 8.842) e apenas cinco anos depois foi editada a Política Nacional de Saúde do Idoso na Portaria MS 1.395/99. (BRASIL, 1994, p. 5)

Seguindo a PNI, em 2003 foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva o Estatuto do Idoso (2003, p. 2), que regula o direito dos idosos, pessoas com 60 anos ou mais, e em seu Artigo 2º assegura:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, convocada para discutir o tema *O SUS que Temos e o SUS que Queremos*, “[...] retomou discussões do direito à saúde integrando o Sistema de Seguridade Social [...]”. A partir daí, o Ministério da Saúde convocou as representações dos gestores do SUS – Conass (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) no âmbito das instâncias de pactuação entre os gestores (Comissões Bipartites e Tripartite) para a realização de um debate solidário, que foi desenvolvido durante três anos de negociações e resultou no compromisso público chamado Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006^a, p. 2).

Pacto pela Saúde é o resultado do processo de negociação envolvendo os compromissos da operacionalização do SUS entre os gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que dificultam a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão do SUS. Foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a, p.2).
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dialogando_sobre_pacto_pela_saude.pdf

O Pacto pela Saúde é formado por três Pactos: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida de 2006 possui seis prioridades definidas, a primeira delas é a Saúde do Idoso, que tem como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; e divulgação e informação sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa; apoio e desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

Articulando os direitos dos idosos à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa na portaria nº 2.528/2006, tem-se como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos na terceira idade. Desta forma, os avanços nas políticas voltadas para os idosos são observados e significantes, mas os desafios continuam (BRASIL, 2006b).

O Estatuto do Idoso (2003, p. 20), em seu Artigo 18, no Capítulo IV do direito à saúde, diz:

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda.

A regulação das políticas que resguardam o idoso ainda tem se demonstrado frágil e necessita de muito avanço. As regulações estão amparadas no que se refere aos cadastros que devem ser realizados não somente para dados organizacionais epidemiológicos, mas também para fiscalização.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002) (BRASIL, 2006b, p. 20).

As formas de financiamento que devem ser pactuadas e definidas pelos estados, distrito federal e municípios ainda não são regulamentadas. Para a pactuação são seguidos alguns itens prioritários, visando qualidade técnica da atenção à pessoa idosa com estratégias para valorização do cuidado humanizado, como:

Provimento de insumos, dar suporte em todos os níveis de atenção, priorizando a atenção domiciliar inclusive medicamentos; provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS; provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa (BRASIL, 2006b, p. 10-11).

Sobre a qualificação e capacitação de recursos humanos, o Ministério da Saúde tem uma vasta produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, que direcionam profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Existem também orientações específicas para implementação de procedimento ambulatorial específico na avaliação global do idoso e determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento. (BRASIL,

2006a).

A Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa considera o processo de acompanhamento apoiado pelo governo federal para avaliação do setor interno, por meio das informações resultantes dos diferentes planos, projetos, programas e ações. Com vistas ao impacto das ações desenvolvidas e a repercussão na qualidade de vida (BRASIL, 2006c).

Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se: a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa; b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada (BRASIL, 2006, p. 16).

Seguindo as diretrizes da Política de Saúde da Pessoa Idosa e do Pacto pela saúde a Secretaria de Estado da Saúde, a fim de estabelecer estratégias e diretrizes para a melhoria das condições de saúde da população capixaba, desenvolveu uma coletânea intitulada *Coleção uma nova saúde*, composta por linhas-guia e manuais que orientam a organização das redes de atenção à saúde (ESPIRITO SANTO, 2008).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) relata que persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa, e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

O Pacto pela Vida, como descrito anteriormente, é constituído por um conjunto de compromissos sanitários e tem, como a primeira da lista de 6 prioridades, a Saúde do Idoso com o objetivo de Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Outras duas de relevância para o planejamento da saúde da pessoa idosa são a Promoção da Saúde, com o objetivo de elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, e a Atenção Básica à Saúde, a fim de consolidar e qualificar a

estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde (BRASIL, 2008).

Como ações estratégicas do Pacto pela Vida na área do idoso estão relacionadas: a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa; Programa de Educação Permanente à Distância; Acolhimento; Assistência Farmacêutica; Atenção Diferenciada na Internação e Atenção domiciliar (BRASIL, 2008).

Atualmente, os profissionais de saúde enfatizam as práticas da atividade física, alimentação saudável, dentre outras, como as principais estratégias para a promoção de um envelhecimento saudável. Essa lógica contemporânea de pensar a promoção de saúde da pessoa idosa, a partir somente da educação em saúde e estímulo a mudanças de hábitos de vida, institui um paradigma reducionista, quando não se valoriza a complexidade que envolve os múltiplos aspectos existentes na manutenção da saúde diante da capacidade funcional do organismo da pessoa idosa.

A política de promoção em saúde tem um conceito estruturante, importante na relação entre profissionais de saúde, “O conceito de *empowerment* ou, em português, empoderamento, explorando seu potencial para a transformação das práticas comunitárias e profissionais em saúde”. Carvalho e Gastaldo (2008, p. 2030). De acordo com o mesmo autor os ideários da promoção de saúde estão introduzindo novas ideias, com enfoque socioambiental, *sugerindo caminhos para uma vida saudável*. Estimulando, com isso, a criação de políticas públicas de promoção de saúde.

O que nós queremos salientar aqui é que o entendimento de processos de produção de subjetividade e governabilidade não garante que a Promoção à Saúde - e nela a estratégia de empoderamento social - seja necessariamente uma solução para as questões sobre a exclusão social e sobre a responsabilidade dos indivíduos com a saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2035).

A Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil (BRASIL, 2006c) é definida como uma estratégia de articulação transversal que seja capaz de criar mecanismos

com objetivo de reduzir as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população, que defenda a equidade e incorpore a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Daí, outras políticas vieram na tentativa de efetivar os objetivos da saúde coletiva como ocorreu em 2011, com o desenvolvimento de um programa a fim de contribuir, além de outros objetivos, com a promoção em saúde, incluindo a saúde da pessoa idosa. Esse programa, de acordo com Departamento de Atenção Básica (DAB), foi um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, nas quais o Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possibilitasse a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil. Assim, foi desenvolvido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAC) sob a Portaria de nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAC) está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; recontratualização. Na fase adesão e contratualização é compromisso das equipes, e das três esferas de gestão, desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Segundo o relatório de Gestão do PMAC em 2011 observou-se a necessidade da implementação de Programas de Governo sob a responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde, tendo como linhas gerais de ação, dentre outras, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, reestruturação da rede de atenção para a saúde da pessoa idosa, e readequação dos serviços de saúde quanto as especificidades da pessoa idosa concernente ao acolhimento e humanização (BRASIL, 2012b).

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. Entre essas sobressai a Promoção de Saúde que constitui hoje o eixo principal do projeto da *Nova Saúde Pública*. Porém, para a efetivação da promoção de saúde, um dos grandes entraves é o esgotamento do paradigma biomédico (CARVALHO, 2004, p. 670).

Portanto, ao abordar a promoção da saúde do idoso e os desafios a superar no modelo de saúde implantado no Brasil, o SUS, é necessário discutir sobre o modelo biomédico e seus entraves.

3.3 O PARADIGMA BIOMÉDICO E A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O envelhecimento populacional emanou em questões conflituosas na economia e no meio social que, de certa forma, possibilitaram a criação e desenvolvimento de novas políticas públicas. Mas não se deu no sentido de cuidar do idoso, e sim para controlar esta população. Tudo isso é reflexo da evolução do mercado industrial, onde a sociedade passou a valorizar mais a produção. Assim, a capacidade desta produção ficou afetada com o envelhecimento e o idoso passou a ser visto como uma pessoa inútil, sem condições de manter o regime capitalista (PIRES; SILVA, 2001).

Ivan Illich¹ (1975, p. 8) apontou os descaminhos da medicina moderna e tecnológica, e diz que os “Cuidados médicos são formas diferentes de programação do homem para adaptá-lo ao meio ambiente programado[...]”, e “ O objetivo da medicina contemporânea torna inútil a capacidade que as pessoas têm de sentir e de curar”. Completa dizendo que:

[...] a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de

¹ Autor do livro *Némesis médicale, l' expropriation de la santé*, em meados dos anos setenta, apontou o “complexo médico industrial” e a importância de novos direcionamentos nos sistemas de saúde, sendo alvo de muitas críticas.

indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal (ILLICH, 1975, p. 8).

Houve muitas modificações decorrentes das políticas de industrialização dos países de capitalismo avançado, além do setor econômico e social, como o crescimento rápido da ciência e da tecnologia, que levaram a consequências em diversas áreas. Dentre elas as mudanças no estilo de vida, nas relações humanas e nos modelos de Estado. Todas estas mudanças, que trouxeram avanços inquestionáveis, como a melhoria da esperança ao nascer, sob outra ótica evidenciam os desafios a serem superados. A urbanização e seus excessos, as dificuldades em superar os problemas sanitários, principalmente nos países em desenvolvimento, e as doenças típicas de cada país, são exemplos disso. (LEFREVE, 2004).

De acordo com Ferrari (1999) o Brasil, justamente no momento da crise econômica e social, dos avanços tecnológicos e da comunicação, desenvolve um processo de envelhecimento muito rápido e o sistema de saúde atual precisa redefinir prioridades, como já acontece em países desenvolvidos, quanto ao controle das doenças crônicas.

Diante deste cenário, a nova concepção de saúde deflagrada na década de 1970 e desenvolvida com o foco na determinação social e econômica, necessita romper o modelo biomédico², que de acordo com Heidemann (2006), está voltado para dimensão biológica e individual e continua sendo um grande desafio predominante até os dias atuais.

² O modelo biomédico ou mecanicista, hoje predominante, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorre nessa época, associada, igualmente, ao projeto expansionista das duas metrópoles de então - Portugal e Espanha - cuja consecução vai demandar o surgimento de instrumentos técnicos que viabilizem as grandes navegações (astrolábio, bússolas, caravelas, avanços na cartografia, etc), na tentativa, como se sabe, entre os fatores que prioritariamente estimularam o mencionado empreendimento, de reatar o intercâmbio comercial com as Índias, coarctado a partir da tomada de Constantinopla pelos turcos, em 1453. (BARROS, 2002).

A saúde do idoso³ requer cuidados e estes geram gastos, devido aos problemas de saúde comuns na terceira idade, como as doenças crônicas, que quando não controladas, levam às incapacidades, aumentando os custos com este idoso. Vale lembrar que o crescimento da população idosa gera maiores gastos com as aposentadorias e pensões (FERRARI, 1999).

No plano geral o idoso perdeu seu valor social muito em função dos avanços do capitalismo, que o transformou em elemento descartável em um sistema no qual a produtividade é a dimensão mais valorizada do ser humano. Não obstante, deve-se considerar a formação dos profissionais de saúde. A necessidade de atuarem nas áreas da geriatria e gerontologia requer capacitação para agirem no resgate do valor social do idoso que invariavelmente passa a assegurar sua cidadania plena.

De acordo com Germano (2003) o Movimento da Reforma Brasileira ressaltou a necessidade da formação de profissionais com novas perspectivas de abordagem e nova visão do processo saúde-doença. Silva (2010) resalta a importância de recursos humanos em saúde formados com o olhar voltado para a promoção da saúde contribuindo para fortalecer os princípios e diretrizes do SUS.

Silva (2010) comenta que para trabalhar na promoção da saúde é necessário entender que terá que responder às demandas sociais e estabelecer reflexões que perpassem por quatro eixos basais: a concepção de saúde, a gestão dos processos de trabalho e educação, a formação dos profissionais de saúde, a participação e o controle social.

Quanto à formação dos profissionais de saúde, Silva (2010) resalta que os mecanismos utilizados pelas instituições de ensino para dar seguimento às mudanças necessárias ao modelo de saúde, com foco na promoção da mesma, são frágeis, pois ainda se encontram arraigados ao modelo biologicista, também conhecido como modelo biomédico.

³ A Organização das Nações Unidas - ONU, desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, isso para países em desenvolvimento. No Brasil, a Lei nº 8.842/94, em seu art. 2, inciso I, adota essa mesma faixa etária como entrada na velhice (ONU, 1982; BRASIL, 1994).

Para que o processo de ensino aprendizagem alcance os resultados esperados pelos princípios e diretrizes do SUS, ou ao menos os objetivos do SUS, há de se refletir como se dará a interação discente, docente e da comunidade em suas localidades específicas. Para que a autonomia desta relação possibilite uma mudança em permanente busca de significados, de atitudes e novas habilidades. Perante esta real necessidade, este processo deve sofrer transformações, superar o modelo biologicista e as barreiras setoriais, desenvolvendo profissionais com característica crítico-reflexivo, a fim de reconhecerem e vivenciarem os conceitos de interdisciplinaridade, intersetorialidade e, assim, poderem potencializar a qualidade de vida dos sujeitos tendo como referencial a promoção da saúde (SILVA, 2007; SOUZA, 2006; SILVA, 2008; SENA, 2008).

Considerando a importância do profissional diferenciado e apto para se envolver com a promoção da saúde, também é importante que o mesmo se prepare para cuidar do idoso, sendo necessário conhecer o processo de envelhecimento, as características sociais, econômicas, culturais e da saúde do idoso (FERREIRA, 2009).

Para atender as necessidades da população idosa relacionadas à saúde é importante oferecer atividades de promoção, atividades preventivas e de reabilitação, por meio de uma rede básica habilitada e equipada e com políticas públicas que promovam a autonomia, o autocuidado e a integração do idoso com a sociedade (FERREIRA, 2009; CIPRIANO, 2005; ANDRADE; CARNEIRO JUNIOR, 2005).

Vale ressaltar que o movimento da promoção da saúde não tem o objetivo de ir contra o modelo biomédico, mas sim de preencher um espaço carente de ações que levem em consideração os fatores ambientais, sociais, físicos e culturais. Visa uma abordagem mais estruturalista que não tenha como foco principal a causa, o diagnóstico e o tratamento das doenças, mesmo reconhecendo a importante contribuição desses para a assistência da população (CARVALHO; GASTALDO, 2008; SOUZA, 2004).

Rodrigues (2007) destaca que os cursos de graduação em enfermagem e cursos de Pós-Graduação lato e stricto sensu têm recebido direcionamentos sobre a área de conhecimento na atenção ao idoso e na realização de pesquisas científicas.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, no item das responsabilidades institucionais, aponta que o Ministério da Saúde deve estabelecer articulação com o Ministério da Educação e assim buscar “[...] adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde” e “[...] a difusão, junto às instituições de ensino e seus alunos, de informações relacionadas à promoção da saúde dos idosos e à prevenção ou recuperação de suas incapacidades”. Também descreve a:

“[...] capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso. Aponta, ainda, a necessidade da capacitação de recursos humanos especializados” (BRASIL, 1994, p. 14-15).

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

O que é uma realização extraordinária para este século será um dos grandes para o próximo: garantir a qualidade de vida de uma numerosa e sem precedente população idosa. Central para este desafio é a saúde, a qual é vista em sociedades ricas e pobres como o mais valioso bem para uma boa qualidade de vida, particularmente em anos tardios.

Alexandre Kalache

Neste capítulo foi abordado de forma integrada em períodos histórico-cronológicos o desenrolar da criação da promoção da saúde no mundo e no Brasil, no contexto da construção do Sistema Único da Saúde.

4.1 AS ORIGENS DO CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA CORRELAÇÃO COM A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL

Ao descrever conceitos de promoção da saúde correlacionando com a construção histórica da saúde no Brasil permite, além dos conceitos propriamente descritos, percorrer pelos fatores fundamentais que desencadearam em modificações no cuidado e em políticas públicas conquistadas com reflexões e atitudes. Este caminhar histórico configura a importância da promoção da saúde para a saúde pública e para a saúde do idoso.

4.1.1. As origens do conceito de promoção de saúde no mundo

A expressão *promoção de saúde* foi usada em 1945 pelo historiador canadense Henry Sigerist, correlacionada aos conceitos, também definidos por ele, de prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação (PEREIRA et al., 2000; TERRIS, 1996).

Desde 1965, os chineses, para desenvolverem ações referentes ao cuidado da saúde, utilizavam uma abordagem que ia além da medicina tradicional. Estas ações ocorriam sob a responsabilidade dos chamados *barefoot doctors* (médicos descalços) que eram membros do comitê comunal. Esses faziam orientações sobre saúde a todos os segmentos da comunidade, dentre eles homens comuns, soldados, jovens, associação de mulheres, ativistas da saúde. Os médicos eram preparados e programavam ações conjuntas estabelecendo relação de confiança com os usuários, pois consideravam também os seus aspectos culturais, os entraves da língua, dentre outras dificuldades (BRASIL, 2002; BUSS, 2000).

As atividades desenvolvidas neste período incluíram a organização da comunidade local, pois já se preocupavam com a atenção aos idosos, além da assistência que o estado exercia, com a promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras, ajuda às escolas, estímulo ao povo para também se imbuir em cuidar da saúde ambiental. Eram realizados cuidados preventivos e tratamento com uso de ervas medicinais, campanhas de saúde em todos os níveis no intuito de mobilizar a comunidade na limpeza das casas, mantendo hábitos de higiene saudáveis, manutenção, uso de água potável e ações contra pestes (BRASIL, 2002).

Outra iniciativa importante para a discussão sobre uma nova forma de abordar a saúde pública foi o *Relatório de Lalonde* elaborado pelo Ministro da National Health and Welfare (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, Marc Lalonde. Este documento foi intitulado como *Uma Nova Perspectiva Para a Saúde dos Canadianes*. Foi no ano de 1974, no Canadá, que a expressão promoção da saúde passou a ser utilizada. No mesmo período, o conceito de campo da saúde enfatizava quatro grupos como os determinantes para a saúde: *fatores genéticos e biológicos, estilos de vida, fatores ambientais e serviços de saúde*. Neste relatório continham questões que foram utilizados na elaboração da Carta de Ottawa (NUNES, 2011; MACDONALD, 1995).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, capital do Cazaquistão - URSS. Esta conferência, um dos marcos da promoção da saúde, preconizava saúde para todos no ano 2000

e foi um padrão para as ações posteriores, que protagonizaram a discussão e reflexão acerca da promoção da saúde (BRASIL, 2002).

A Declaração de Alma Ata priorizava a saúde como meta social mundial e enfatizava a importância de ações conjuntas do setor saúde com os setores econômicos e sociais, partindo do entendimento de que a promoção e a proteção da saúde colaboram para o desenvolvimento econômico e social dos países, além de aproximar os países desenvolvidos dos países em desenvolvimento, com o intuito de estimular a melhoria da qualidade de vida dos homens, por meio da participação individual e coletiva no planejamento e execução das ações de saúde (BRASIL, 2002).

Após as discussões desencadeadas pela Declaração de Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde lançou um documento sobre as discussões da promoção de saúde, seus conceitos e princípios, e o mesmo motivou a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. O fruto desta conferência foi a Carta de Ottawa de 1986, que deu sequência ao contexto de promoção da saúde, listando as condições e recursos fundamentais para a realização da mesma, e principalmente, enfatizando o princípio da equidade (SOUZA, 2004; MENDES, 2004).

Na Carta de Ottawa, após reflexões e discussões realizadas na conferência do Canadá, foram abordados temas como: o conceito de promoção da saúde, seus objetivos, as condições e recursos fundamentais para saúde, a justificativa para as ações de promoção da saúde. Ou seja, na carta está explícito que a promoção da saúde depende da capacidade do indivíduo realizar o seu potencial de saúde mediado por todos os setores envolvidos - governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (BRASIL, 2002; MENDES, 2004).

A Carta de Ottawa também incita políticos na responsabilidade de atuação diante das questões sociais e econômicas voltadas para a saúde, provocando-os a agirem em conjunto com objetivo de assegurar distribuição equitativa de renda, e políticas sociais, removendo assim os obstáculos, promovendo serviços públicos saudáveis e

ambientes mais higiênicos. O maior objetivo era sensibilizá-los que as escolhas para uma vida mais saudável eram mais fáceis de realizar (BRASIL, 2002).

Em abril de 1988, aconteceu a II Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, realizada em Adelaide, na Austrália. Nela, reafirmou-se o que estava posto da Carta de Ottawa, dando destaque às políticas públicas saudáveis. Também acrescentou a necessidade de superar as desigualdades sociais priorizando os grupos menos privilegiados e mais vulneráveis, sem, entretanto, desconsiderar o acesso igualitário. Outro ponto de destaque da II Conferência de promoção de saúde foi a necessidade da cooperação entre os países desenvolvidos com aqueles em desenvolvimento, partindo do pressuposto de que as condições de serviços de saúde mais avançadas poderiam assegurar impacto positivo na saúde dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2002).

A declaração de Adelaide apontou como áreas prioritárias para a promoção da saúde: a saúde da mulher, alimentação saudável, redução do tabaco e da distribuição do álcool, ambientes saudáveis. Nesta declaração ficou evidente que a efetiva promoção da saúde depende de políticas governamentais (BRASIL, 2002; FERRAZ, 1993)

É importante destacar que na década de 1980, em meio a um turbilhão de discussões, houve a necessidade de um novo olhar sob a saúde mundial. Neste contexto, a Organização Pan-americana de saúde (Opas) apoiou a criação de sistemas locais de saúde (SILOS), como forma de descentralizar os serviços de saúde seguindo as ideias das declarações das conferências mundiais, desde Alma-Ata. De acordo com Finkelman, (2002) a OPAS apoiou os países, pois acreditava que este sistema poderia atender às necessidades das comunidades e trabalhar para alcançar o objetivo da *Saúde para todos*.

As discussões sobre a promoção da saúde passaram a incorporar a ideia de *Cidades saudáveis*, uma vez que conceito de promoção da saúde está intrinsecamente ligado às melhores condições do ambiente físico e social (FINKELMAN, 2002).

De acordo com a carta de Ottawa, o cerne da promoção da saúde alude à produção de saúde considerando as necessidades das comunidades e cidades em suas especificidades e características, e define promoção de saúde como: “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (KEINERT. 1997. p. 56; ASHTON.1976; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

Da mesma forma, a Organização Mundial de Saúde define promoção de saúde como:

A promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre, e para melhorar, a sua saúde. Para atingir um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

Em 1991, aconteceu a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Sundsvall, na Suécia. Na qual foi destacado o impacto do aumento populacional e principalmente o aumento da população em extrema pobreza, além de enfatizar o desenvolvimento sustentável, partindo do entendimento de que o desenvolvimento sem sustentabilidade torna o ambiente impróprio para a vida saudável. Ademais, foram identificadas quatro estratégias com objetivo de executar ações que: reforçassem ações comunitárias de mulheres, propiciassem condições para maior participação popular, buscassem promover articulação política e social para construção de ambientes saudáveis, e assegurassem o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 1998).

De acordo com Junqueira (2000 p. 118), o desenvolvimento local sustentável, atualmente tão discutido no Brasil e no mundo, se desenvolve em uma comunidade que reconhece suas habilidades e potencialidades em um ambiente dinâmico que vislumbra, em meio a proposições descentralizadas e da participação popular, ou seja, *é um novo modo de promover o desenvolvimento*.

A Declaração de Santa-fé de Bogotá, na Colômbia, que ocorreu em 1992, na Conferência internacional sobre promoção da saúde, deu enfoque na promoção da saúde na América Latina, visto que o momento político e econômico da região era

de enfrentamento aos poucos recursos e condições de vida da população. Por conseguinte, para superar o desafio da promoção da saúde, havia a necessidade de processar ações visando os interesses econômicos, e a garantia de bem estar para todos, condições fundamentais para a importância da relação entre o desenvolvimento e a saúde (BRASIL, 2002).

Em 1997 as discussões sobre a promoção da saúde na IV Conferência Internacional de Promoção da saúde, que ocorreu em Jacarta, na Indonésia, incluiu a contra partida do setor privado na contribuição para a discussão sobre a Promoção da Saúde no século XXI. A proposição da mesma foi discutir o que se “Aprendeu sobre promoção da saúde, reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI” (BRASIL, 2002, p. 49).

Na declaração de Jacarta foram abordados os pré-requisitos para a saúde, dentre eles a paz, ecossistema estável, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza, por sua vez, ficou em evidência como a maior ameaça à saúde. Também foram colocadas as tendências demográficas, abordando o aumento do número de idosos, dentre outros determinantes da saúde, como a prevalência de doenças crônicas, drogas, violência, não menos importantes. Todos eles legitimando a importância da promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Ainda no intuito de fortalecer a capacidade da promoção da saúde, em 1998, em Genebra na Suíça, foi criada a Rede de Megapaíses da OMS. Partiu-se do reconhecimento das necessidades de impactar a saúde mundial, por meio de aliança entre os países mais populosos. Entre eles estava o Brasil, juntamente com Bangladesh, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América (BRASIL, 2002).

Para melhorar as condições da promoção da saúde global e nacional e alcançar os objetivos da Rede, foram estabelecidas cinco metas:

- 1) melhorar a base de informações concernentes à promoção da saúde, compartilhando políticas de promoção da saúde e programas exitosos, bem como pesquisas e avaliações;

- 2) desenvolver a saúde promovendo estratégias em quatro áreas: estilos de vida saudáveis; curso de vida saudável; preservação do meio ambiente; preservação de assentamentos;
- 3) mobilizar os recursos existentes, redistribuídos, bem como recursos diversos de fontes não tradicionais, visando aumentar a condição da saúde como uma prioridade nacional;
- 4) aumentar a colaboração intersetorial por meio de agências governamentais e não governamentais, pelos setores públicos e privados, objetivando melhorar a saúde;
- 5) direcionar as questões comuns aos Megapaíses, tais como: redistribuição de recursos nas grandes burocracias, construir competências com parceiros nacionais, alcançar grandes populações por meio da mídia, usando tecnologia para prover educação à distância e treinamentos (BRASIL, 2002. p. 55).

No ano de 2000, no México, foi assinada pelos ministros da saúde dos países participantes a declaração da V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nela, descreve-se que a promoção da saúde é um dever e responsabilidade dos governos, juntamente com todos os setores da sociedade. O grande marco foi o comprometimento dos governos em adotar a promoção da saúde como política pública, desenvolver estratégias para trabalhar os determinantes da saúde e reduzir as desigualdades em seus países (BRASIL, 2002; LOPES, 2010).

De acordo com Lopes (2010), reafirmando as determinações das conferências anteriores, a declaração de Bangkok, em 2005, considera a saúde como direito fundamental do ser humano e enfatiza que a promoção da mesma é um processo de mobilização social e coletiva que permite às pessoas o controle da sua saúde. Também é abordada a melhoria das tecnologias de informação e comunicação viabilizadas pela globalização, no intuito de oportunizar o compartilhamento das experiências governamentais por meio da ação política, da participação das comunidades e da sociedade civil.

As Conferências Internacionais e os documentos que surgiram a partir delas tiveram como foco a Promoção da Saúde, destacando a necessidade de um novo caminho

da saúde mundial, uma trajetória baseada em dados epidemiológicos, no empoderamento popular e discussões realizadas nas conferências nacionais.

Como podemos observar, a Organização Mundial da Saúde, ao longo de anos, vem compactuando com ideias da promoção da saúde desde suas origens, tentando sensibilizar diferentes países no que se refere à construção das políticas públicas de saúde.

Percebe-se também que o conceito de promoção de saúde foi elaborado em meio a reflexões e discussões desencadeadas por diversas culturas e diferentes necessidades de saúde no mundo. A promoção da saúde, portanto, se configura um processo em construção mundial, imperativo, que se mostra com muitos desafios e barreiras a serem superadas.

4.1.2 A promoção de saúde no Brasil no contexto das políticas de saúde

Os primeiros vestígios da tentativa da inserção da universalização do acesso à saúde no Brasil foram percebidos no Plano Nacional de Saúde, em 1968, criado pelo ministro da saúde, Leonel Miranda. Uma das polêmicas deste plano foi a livre escolha, no qual o paciente poderia escolher o profissional e o hospital de sua preferência. Nesse plano, a assistência médica passaria a integrar o ministério da saúde e não mais a área previdenciária. Por isto, a força de poder da medicina previdenciária, e outras áreas que representavam os profissionais de saúde, levaram o Governo de Costa e Silva a cancelar o Plano (FINKELMAN, 2002).

Após outras tentativas frustradas, e devido à questão política e econômica em manter a pactuação da previdência com as redes privadas, em 1975 foi promulgada a lei nº 6.229, uma tentativa de organizar a área da saúde. Uma delas foi a do Ministério da saúde, que tinha caráter normativo e com ações voltadas para a coletividade, a outra foi a do Ministério da Previdência e Assistência Social, que tinha ações voltadas para a assistência médica individualizada (BRASIL, 2002; BUSS, 2000).

Neste mesmo ano, o diretor geral da OMS, Halfdan Mahler, afirmou que era necessário aproveitar todo pessoal possível para suprir a falta de médicos que o mundo sofria. Neste contexto, a corrente existente sobre o setor de saúde no Brasil entendia que a única forma de levar a assistência médica-sanitária a todos que necessitam era por meio de ações simples, de baixo custo e realizadas por pessoas da comunidade. Observa-se um esforço em sistematizar o setor de saúde, não só pela organização, mas também para compor questões, já discutidas por estudiosos no mundo, sobre a saúde para todos (BRASIL, 2002; BUSS, 2000).

A Organização Mundial da Saúde patrocinou as ideias da promoção da saúde, e desde sua procedência, na década de 1970, sensibiliza enormemente diversos países, no que se refere às políticas públicas. No Brasil, a proposta da Promoção da Saúde está presente na proposição da Vigilância à Saúde, na qual a preocupação sobre as práticas de educação em saúde somaram-se às diretrizes que contribuíram em muitos projetos de estruturação da rede básica de saúde (CARVALHO, 2004, p. 670).

Como sabemos, na década de 1970, houve importantes movimentos que proporcionaram a abertura para o caminho da promoção da saúde. Foi marcada pelo conflito social gerado pela ditadura militar que, a princípio, pôde parecer um momento frágil para a participação social. No entanto, deflagraram no movimento da democratização da saúde, resultantes do fechamento de meios tradicionais de participação como sindicatos e partidos, e com o descontentamento de outros segmentos da sociedade.

Em meados da década de 1970, especificamente em 1976, um movimento importante na história da saúde brasileira, defendido por sujeitos sociais, como professores universitários e entidades de profissionais de saúde, resultou na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Eles defendiam as mudanças que deveriam acontecer na saúde (FLEURY, 1997). Movimentos como esse mudaram o cenário da saúde do Brasil, e o mais importante foi o movimento da reforma sanitária.

Um ano antes da Conferência de Sundsvall, em 1990, com a edição das leis 8.080/90 e 8.142/90, o Brasil vive em intensa discussão a respeito da descentralização das competências de cada esfera de governo, da organização do sistema e, também, sobre a participação da comunidade e o repasse dos recursos financeiros. Percebe-se a congruência dos avanços da política de saúde no Brasil com o que se discutia no mundo, sobre a promoção da saúde (CARVALHO, 2004). Em 1987, vale ressaltar, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, a fim de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde. Entretanto, não obteve êxito na descentralização nos municípios (FIGUEIREDO, 2007).

Sérgio Arouca (1998), considerado *guru da reforma sanitária*, apresentou o documento Saúde e Democracia, presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, apresentou a emenda popular e, como Deputado Federal, foi designado como relator da extinção do INAMPS.

O Movimento da Reforma Sanitária⁴ (MRS) foi, sem dúvida, o grande marco na construção da história da saúde brasileira. Muitos dos ideais de seus pensadores foram discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, em Brasília. Nesta conferência compareceram em torno de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais, mil delegados. Introduzindo, assim, a participação da sociedade civil no debate da saúde. Debateram e definiram princípios e diretrizes básicas, no qual, posteriormente, o Sistema Único de Saúde foi institucionalizado, destacando para o acesso universal e igualitário, estabelecido dois anos depois no art. 196 da Constituição de 1988 (MOREIRA, 2012; BRAVO, 2006; BRASIL, 1988).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988. ART. 196).

⁴ O movimento da reforma sanitária teve como sujeitos sociais, estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde, todos com o objetivo de lutarem por melhores condições na saúde, mudando, ou pelo menos provocando discussões sobre o modelo biomédico, que visava a doença e não a promoção da saúde (FIGUEIREDO, 2007. p. 18).

Com a promulgação da constituição brasileira de 1988, o Brasil escreve uma mudança histórica do seu sistema de saúde, aproximando-se das questões discutidas nas conferências mundiais, nas quais a participação popular da VIII Conferencia Nacional de Saúde reafirma a Declaração de Alma Ata.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido como uma nova reformulação política e organizacional. Ao final de 1990, com as Leis Orgânicas de Saúde (LOS), foram destacados os princípios organizativos e operacionais, cujos preceitos são a universalidade, a integralidade e a equidade. As diretrizes, por sua vez, são a descentralização, regionalização e hierarquização. Entretanto, surgiram debates, pois o modelo de assistência a saúde voltado apenas para a saúde/doença não considera as diversidades políticas, socioeconômicas e culturais, resultando em muitos obstáculos e desafios a serem superados (FIGUEIREDO, 2007; ANDRADE, 2005).

O Brasil avançou politicamente com a democratização da política. O SUS, em seu processo, é guiado por normas operacionais, portarias, pactuações que definem competências de cada esfera de governo, dando condições para que estados e municípios assumam posições e estratégias referentes às suas necessidades regionais e financeiras.

4.2 UM BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE FAMÍLIA

Como discutido anteriormente, o Movimento da Reforma Sanitária provocou mudanças na política brasileira, e conseqüentemente na saúde, com a Constituição de 1988 e com a implantação do Sistema Único de Saúde que, a partir de 1994, estabelece a Estratégia de saúde da Família, seguindo os preceitos da promoção da saúde e da participação popular (FIGUEIREDO, 2007).

Considerando a participação popular como uma das diretrizes organizacionais do SUS, foi necessário criar mecanismos para a articulação das esferas de governo e de controle social, por meio de fóruns realizados no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), criado em 1980, e no Conselho

Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), elaborado em 1988, ambos originados antes da nova constituição (BRASIL, 2006a).

A representatividade da participação popular para o controle social se dá por meio dos Conselhos e das Conferências nacionais, estaduais e municipais. Garantindo assim, de acordo com a Constituição brasileira em seu art.61 e 198, a participação social e iniciativa popular na proposição de leis, inclusão de diretrizes para a organização do sistema único de saúde, da descentralização e da participação da comunidade (BRASIL, 1988). Tais ações colegiadas se tornaram mais fortes e efetivas depois da regulamentação pela Lei 8.142 em 1990, ampliando em territorialidade.

Em 1990, em meio à Reforma do Estado, guiadas pelos países capitalistas para enfrentarem a crise econômica, ocorreu o período de recuo das políticas sociais, desencadeado pelo Consenso de Washington, no qual foram estabelecidas as dez regras universais (ANEXO A) para reger os países da periferia. Dessa forma, o Brasil sucumbiu às novas regras para continuar recebendo ajuda financeira das agências internacionais, como Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), e do governo norte-americano (NEGRÃO, 1988).

Embora tivesse caráter acadêmico, o Consenso de Washington foi utilizado pelas agências internacionais como critério na concessão de crédito, orientando que o Estado ajuste-se às demandas, abandonando o investimento em recursos públicos (MOREIRA, 2012). Behring e Boschetti (2007, p. 155) afirmam que “O trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais foi assim definido – privatização, focalização/seletividade e descentralização”, e Moreira (2012) complementa dizendo que a política do neoliberalismo foca o atendimento às populações mais carentes, desrespeitando as conquistas anteriores.

Diante deste cenário político e econômico o Programa da Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, a fim de desenvolver ações de promoção

da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2008).

Em Vitória–ES o programa foi implantado em 1998, inicialmente com 28 equipes de trabalho, distribuídas em alguns de seus municípios, com o intuito de aderir à estratégia e consolidação do SUS (BRASIL, 2001). O Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, responsabilizou-se pelo atendimento de saúde de 70% dos brasileiros que dependem essencialmente dos seus serviços (HEIDMANN, 2006).

A estratégia de Saúde da Família foi criada com o propósito de reorientação do modelo assistencial, que tem uma equipe multiprofissional atuando em unidades básicas, nos domicílios, por meio das visitas domiciliares, na mobilização da comunidade, diante das necessidades reais e individuais das mesmas. A equipe tem como responsabilidade o acompanhamento das famílias, podendo intervir sobre os fatores de risco, prestando assistência integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2012a).

O processo da implementação da promoção da saúde nas unidades de saúde da família inicialmente se esbarra em questões conceituais, pois de acordo com Souza (2004), a diferença de educação para a saúde, prevenção e promoção da saúde ainda não são muito claras. Mesmo sabendo que os limites entre eles não são rigorosos, o entendimento ajuda para o planejamento e execução dos mesmos.

Para Ferraz (1999) a educação para a saúde envolve a transmissão das informações sobre a saúde, na qual o indivíduo é o ator principal, sendo responsável pela mudança no seu estilo de vida e pelo desenvolver de uma nova forma de viver. A promoção da saúde abrange um pouco mais, pois envolve a prevenção, a educação e a participação de vários setores e profissionais na elaboração de estratégias que transcendam a decisão individual, e realizem atividades coletivas (SOUZA, 2004; FERRAZ, 1999).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência.

Boaventura de Souza Santos

Este capítulo foi destinado à apresentação dos resultados desvelados pelos códigos semânticos, e pelas categorias que emergiram das entrevistas com os idosos. Simultaneamente, foram analisados e discutidos a política voltada para a pessoa idosa, e o conceito de promoção da saúde a partir de suas origens e aplicabilidade. Respaldando-se sob o viés da lógica da autonomia e independência do sujeito, e do pensamento dos estudiosos que respaldaram as análises feitas sobre a política de saúde no Brasil.

5.1 A PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Nas análises feitas das entrevistas, alguns códigos se desvelaram, como: *eu entendo, eu participo, eu posso*. Contextualizando a fala dos idosos com a literatura estudada, evidenciou-se a 1ª categoria - **A percepção do idoso diante das ações de promoção de saúde.**

Quando questionados sobre as atividades de promoção da saúde vivenciadas na estratégia de saúde da família, e a importância das mesmas para a saúde deles, os idosos, que acompanham as ações de promoção da saúde, falaram sobre temas como alimentação, atividade física, ações de lazer e sobre doenças. Alguns disseram não ter tempo de ir, por situações familiares, por questões religiosas ou dificuldade de acessibilidade. Mas afirmam que, quando foram, ouviram sobre as mesmas questões, apontadas pelos outros idosos entrevistados, que frequentam com mais assiduidade as ações de promoção da saúde.

Vale ressaltar que foram entrevistados idosos que participam frequentemente das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, bem como aqueles que não participam, com objetivo de compreender os motivos que levam alguns a aderirem e outros não.

As falas dos idosos destacavam exemplos distintos sobre algumas atividades, como: atividade física, alimentação, dentre outras. Evidenciando a alegria e o prazer atribuído às mesmas. Foi observado, na expressão facial, certo cansaço com os temas sempre iguais, e alegria quanto aos temas lúdicos, voltados para sua condição individual de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), as práticas corporais e a atividade física devem ser ofertadas e voltarem-se aos grupos vulneráveis. A unidade de estratégia da saúde da família, neste aspecto, está em consonância com a política, atendendo às necessidades dos idosos. A **IA** participa das atividades realizadas pela unidade e relatou:

De ginástica, né! Eu participo tem uns 6, 7 anos de atividade, né, caminhada, ginástica. Eu faço ginástica né. Lá a gente faz vários tipos. Agora eu não to fazendo ginástica, eu to caminhando, saio de manhã 6 horas, faço 1 hora, 7 horas to retornando em casa. (**IA**)

Segundo esta idosa a atividade física é algo importante para a promoção da sua saúde. Quando diz “lá a gente faz vários tipos...” pode-se inferir que ela de fato segue as orientações dos profissionais quanto à importância da atividade física na promoção da saúde. Mas, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), os profissionais de saúde, quando enfatizam as práticas da atividade física, devem valorizar também a complexidade que envolve os múltiplos aspectos existentes na manutenção da saúde diante da capacidade funcional do organismo da pessoa idosa. Dada a prevalência de doenças nesta fase da vida, como osteoartrose, osteoporose, doenças cardíacas, dentre outras. o Ministério da Saúde orienta a realização de avaliação funcional antes das práticas de atividade física.

[...] atividade física toda vida eu fiz hidrogenástica, toda vida eu fiz ginástica, só que agora tem 2 ano que eu parei de faze né, mas lá eles falavam, teve uma época que eles falavam que tinha que faze atividade física, só eu fazia. (**IF**)

Percebe-se que existe um esforço dos profissionais na realização de atividades de promoção da saúde, mas a adesão não é percebida pela idosa. De acordo com Camargo-Borges (2008), a interação entre usuário e profissional de saúde ainda é pouco discutida e avaliada, sendo que são estes os atores que vivenciam o SUS e constroem esta relação. Maldaner (2008) reafirma que a adesão às orientações requer trabalho em equipe e necessita envolvimento de todos, profissionais e usuários, associado à tecnologia disponível, a fim de identificar os fatores da não adesão.

Outro idoso, quando se expressou, deu ênfase a um tema mais específico que foi trabalhado pelos profissionais de saúde, a AIDS. Descrevendo com entusiasmo, **IB** disse:

[...] principalmente eles falam muito sobre o tratamento da AIDS, dos vírus [...] eles tem sempre me tratado bem... a conversa que eu tenho visto são todas proveitosa e maravilhosa, eu tenho me sentido bem. Elas são boas porque elas servem de muita experiência pra gente. Sobre o tratamento, o acompanhamento que a pessoa tem que fazer.

Ao socializar com os idosos informações pertinentes aos temas que estão afetando os mesmos na atualidade, como a AIDS, e também sobre a sexualidade, os profissionais de saúde agem sobre as orientações contidas no caderno de atenção básica, intitulado Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d). A promoção do autocuidado do idoso, e o trabalho com novos conhecimentos, é uma forma de incluir socialmente os idosos e atender suas necessidades em todas as instâncias.

A fala do Idoso **IB** sobre a AIDS, na qual relata que se sente sempre bem tratado e percebe a importância do tratamento e do acompanhamento, nos remete a fazer a correlação desta fala com um dos princípios do SUS, a integralidade. Alves (2005) refere que a estratégia de Saúde da Família contribuiu muito para a prática da integralidade da assistência, mas não se pode negar que ainda é um desafio a ser vencido. Vai de encontro ao pensamento de Campos (2007) quando adverte sobre a dificuldade de prosseguimento dos tratamentos, cabendo ao paciente se deslocar de um serviço para outro em busca da continuidade do mesmo, ou seja, é uma peregrinação na rede de saúde do SUS.

Algumas idosas demonstraram com alegria as atividades de lazer realizadas pelos profissionais de saúde como estratégia de interação com a comunidade. Ficou evidente a satisfação nas atividades lúdicas, principalmente quando os idosos são inseridos no planejamento e execução das mesmas.

Adorei a quadrilha ...risos... adoro essas coisas se tivesse mais eu iria, mas tem muito tempo que não tem. Quem fazia era a técnica de enfermagem, mas ela saiu. Eu ajudava também, ahh era bom demais! Traz alegria pra gente! Anima mais, já pensou se todo mundo fica esquecido. A gente tem que lembrar! (IC)

Fui no dia da festinha, fui agora que teve, aí eu fui. (ID)

[...] teatrinho, fazia teatro, não tinha essas coisa que tem agora não, nós fazia nós mesmo, né, fazia teatro, é, quadrilha, tudo que tinha eu tava de frente, eu e meus filho, então, tudo tudo tava de frente, agora eu tenho dois anos que eu não faço por motivo da minha coluna.(IF)

Percebe-se a importância das atividades de lazer, da interação com o idoso e com a comunidade, na medida em que relatam sua satisfação nas práticas lúdicas, principalmente quando inseridos no planejamento e realização das mesmas. Sendo assim, a satisfação do idoso ocorre porque naquele momento ele foi sujeito no processo de interação social, fato que contribui para autonomia. “[...] eu ajudava também, ahh era bom demais! [...]” (IC).

L’abbate (1994) explica que uma pessoa em busca de autonomia está disposta a vivenciar o novo e tem a expectativa de ser um sujeito social reconhecido, capaz de enfrentar os desafios cotidianos. Quando IC diz: “[...] já pensou se todo mundo fica esquecido. A gente tem que lembrar! [...]” demonstra sua preocupação em ser esquecida, e mais, a capacidade em ser útil para a comunidade.

Para Mota (2007) a autonomia é um dos conceitos específicos da gerontologia, mas não é contemplada comumente como tema de formação durante os cursos de graduação. Entretanto, é uma das proposições necessárias para o desenvolvimento e fortalecimento de ações pertinentes a promoção da saúde. Ademais, é um meio de superar o modelo biomédico, visto que, no relato da idosa, a vivência desta autonomia retrata a importância da mesma, não podendo ser um caso isolado, mas uma ação rotineira na Estratégia da Saúde da Família.

Já na fala de outra idosa identifica-se certo desinteresse e expressões faciais negativas, esquivando-se do assunto rapidamente quando abordado sobre as ações de promoção da saúde desenvolvidas na unidade.

Eeeee meu Deus... Ahh já falaram muito sobre diabete, já falaram muito sobre dengue. Muitos que vinham dá palestra, falavam muito sobre o modo de se alimentar. **(IF)**

Quando a idosa comenta que “muitos” enfatizam alimentação saudável como forma de prevenção de doenças, reconhecemos que os profissionais, além de seguirem as orientações intrínsecas à formação profissional, seguem também as prioridades definidas pelas diretrizes do Pacto pela vida (BRASIL, 2006a), que envolve a saúde do idoso. Uma das ações que mais se percebe nos depoimentos é a dificuldade do idoso em seguir as orientações sobre a alimentação saudável.

A única coisa que lá na reunião sempre falava do regime, eu nunca fiz, eu não faço. Tentava mas não conseguia, quando eu me lembrava já tinha comido aquilo já tinha, eu não conseguia, eu não CONSIGO faze regime **(IA)**.

[...] se cuidá com a alimentação, isso é que eu sempre vejo eles falá, toda vez que eu tenho ido lá **(IB)**.

Assunto de saúde das alimentações, das atividades que a gente tem que fazer **(IC)**.

Ao afirmarem que recebem orientações, mas não conseguem fazer a dieta, ou apenas escutam se colocando no papel de expectador e não de ator, possibilitam a inferência de que a política de saúde para pessoa idosa, quando instituída pelo Estado, sem estabelecer uma relação social com os idosos, somente utilizando os indicadores de saúde, tem grandes possibilidades de não serem aceitas, muito em função das questões que envolvem a relação de *estatização da vida biológica* (FOUCAULT, 1996).

Essa realidade é muito frequente no cotidiano da relação estabelecida entre os idosos e os profissionais de saúde que se utilizam das orientações da política de saúde para as suas práticas educativas, esses se sentem desestimulados quando percebem que alguns idosos não apreendem as orientações, e que outros, mesmo

apreendendo, não as seguem. Essas questões são discutidas por L'abbate (1994, p. 482), quando diz que “esta relação é um campo de prática desenvolvida nas relações sociais do cotidiano destas atividades”.

Diante das falas e do entendimento dos autores, percebe-se a importância em rever a forma como a promoção da saúde está sendo praticada pelos profissionais de saúde e com os idosos e a comunidade. De acordo com Czeresnia (2003) a saúde pública precisa assumir sua responsabilidade para que resulte na totalidade de práticas concretas da promoção da saúde, proporcionando uma aproximação com os conceitos de saúde e doença, com a construção mental das informações recebidas, e com o adoecer e a experiência de vida.

Para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012a) é importante investir em estratégias de educação continuada dos profissionais, para que os mesmos sejam capazes de realizar o seu papel de apoio na prática de educação em saúde. Os profissionais devem sempre estar acompanhando a questão alimentar e nutricional do idoso, a fim de contribuir para um envelhecimento ativo e saudável, e para a prevenção de doenças crônicas (BRASIL, 2006d).

Modificar hábitos alimentares requer análise mais aprofundada sobre a cultura do idoso. Esse, muitas vezes, ao longo de sua vida, acreditou que a forma de se alimentar e o tipo de alimentos de sua dieta, os quais constituem costumes herdados da família, são os mais corretos. Ademais, os profissionais de saúde devem ter ciência do custo dos alimentos que estão indicando para os idosos, pois esta questão está diretamente relacionada com o nível de renda do idoso (NAJAS, 1994; BRASIL, 2006).

O alto custo do alimento se deu em função de mudanças nos hábitos alimentares da população mundial. A industrialização dos alimentos imposta pelo mercado capitalista, e a falta de tempo devido a demanda de trabalho da população, contribuíram para que as pessoas passassem a se alimentar fora do ambiente domiciliar. Mas, os idosos, em sua maioria, ainda conservam os hábitos de preparo do próprio alimento, principalmente aqueles de menor poder aquisitivo. Porém, a qualidade deste alimento têm as mesmas características negativas da alimentação

fora do domicílio, pois o produto utilizado no preparo é industrializado, podendo resultar em uma alimentação inadequada para a saúde do idoso. Soma-se a este fato o alto custo dos alimentos considerados diet e light, comumente indicados pelos profissionais de saúde, muitas vezes sem reflexão sobre a condição financeira do idoso (GHIZELINE, 2006).

Já em outros momentos, alguns idosos falaram de maneira evasiva e desinteressada, sem especificar o que é tratado nas atividades de promoção da saúde.

A gente fica por dentro de muitas coisas né. Como evitar as coisas que faz mal, né! (IA)

Eu acho que tudo que eles falam lá muitas coisa que as pessoas não sabem e precisa apanhar conhecimento. (IE)

Esta dificuldade em compreender a importância das ações de promoção da saúde pelos idosos também pode ser analisada a partir do conceito de biopoder, na medida em que o idoso não foi sujeito da relação estabelecida com profissionais no momento das ações de educação em saúde, ou seja, este idoso não participou efetivamente da construção do planejamento para a promoção da sua saúde (FOUCAULT, 2012, p.165).

O idoso que não apreende as orientações não foi sujeito da relação estabelecida com profissionais no momento das ações de educação em saúde, ou seja, este idoso não participou efetivamente da construção do planejamento para a promoção da sua saúde. Observa-se orientações massificadas sobre alimentação saudável, programas de orientação ao exercício, dentre outros. De acordo com a história de vida de cada idoso, e considerando sua cultura, a orientação pode não ter significado por não ser construída com a sua participação.

Na fala de ID percebe-se que ela participa das ações de promoção da saúde apenas para pegar o medicamento. Relata a obrigatoriedade em participar das mesmas para recebê-los, observe:

Tem que segui pra apanhar os remédios. Mostra figura, passa tudo. A gente não gosta né – é tudo doença né. Sei lá, a gente vê que é tudo difícil.

No momento em que os profissionais de saúde vinculam a participação do idoso ao fornecimento de medicamento é estabelecida uma relação de poder, que acontece durante os momentos das reuniões de educação em saúde. Em Foucault (2012, p. 165) “as relações de poder se articulam durante as práticas sociais que são construídas historicamente podendo ser apreendidas na complexidade de seus efeitos sobre os modos de viver e pensar”, de cada um.

Verifica-se, de acordo com a fala de **ID**, quando ela diz: “Mostra figura, passa tudo”, como se estabelece o posicionamento dos participantes durante as reuniões educativas. Na prática, os profissionais escolhem um tema a ser discutido, se posicionam na frente da sala, os idosos se sentam, e de forma passiva vão recebendo as orientações massificadas sobre práticas saudáveis. Mas, de acordo com a história de vida de cada idoso, a orientação recebida naquele momento pode não ter significado algum, uma vez que não foi construída com a sua participação, tampouco foi considerado a sua cultura.

A Idosa **IF**, em um fragmento da sua entrevista, revelou uma nova ótica, ainda não apontada pelos outros idosos, mas não menos importante. Essa está relacionada com a percepção diante das ações de promoção da saúde, pois a mesma aponta a sua dificuldade de não ter nem mesmo o acesso, e diz que é prejudicada em função da localização geográfica da unidade de saúde. Esta questão pode ser compreendida a partir da territorialização das unidades de saúde, que muitas vezes não seguem as determinações do Ministério da Saúde em relação à eliminação das barreiras físicas que dificultam o acesso, ou colocam em risco a vida da população.

[...] aquele morrinho da rua, até lá no posto médico eu não vou, eu não aguento subir, me dá dor aqui que quase mata. (**IF**)

A Política Nacional do Idoso tem como objetivo , os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994b, p.5). Por sua vez, a Política da Promoção da Saúde (BRASIL, 2006d) objetiva “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes [...]” e o “[...] acesso a bens e serviços essenciais”. Nesse contexto, percebe-se a fragilidade

destas proposições diante das reclamações da idosa, pois ela não tem como participar das atividades de promoção da saúde realizadas na unidade devido à localização da mesma.

Travassos (2004) e Girondi (2010) discorrem sobre o conceito de acessibilidade e discutem as divergências sobre o mesmo. Entretanto, há um aspecto que ambos concordam, que a acessibilidade não se retrata apenas nas questões geográficas. Deve-se considerar, além das barreiras físicas, outras relacionadas à informação, à comunicação e à qualidade das ações, na medida em que são questões que dificultam o atendimento às necessidades dos usuários. Por conseguinte, percebe-se que este aspecto foi observado na estratégia de saúde da família, criando uma barreira no relacionamento.

Quando eu ia né. Agora não sei se tá mais animado, faz tempo que eu não vou. Elas falaram que agora vai ser agendado né, até pra pegar remédio de pressão, ali não tenho do que eu apanho. (ID)

Há de se concordar com Mota (2007) quando fala da acessibilidade vinculada à intersectorialidade, pois, para atender as necessidades dos usuários, as ações de saúde e as políticas devem ser articuladas com os setores governamentais e com outros profissionais. Neste sentido, a formação dos profissionais deve assumir características intersectoriais, a fim de implementar o trabalho interdisciplinar. Utilizando, dessa forma, suas competências e responsabilidades no campo do saber. Criando estratégias, por exemplo, para sensibilizar a idosa sobre a importância da sua participação das atividades de promoção realizadas na unidade de saúde, além da necessidade de adquirir seu medicamento.

Já é notória para as organizações governamentais, baseados em dados epidemiológicos e demográficos, a vulnerabilidade dos idosos e o aumento da expectativa de vida. Também se sabe que a porta de entrada nos serviços de saúde pública é na unidade básica de saúde, e provavelmente será onde o idoso procurará atendimento inicial. Diante destas evidências históricas e documentais, relacionando-as com as falas singelas das idosas, mas não menos importante, percebe-se a fragilidade do sistema de saúde em alcançar seus objetivos básicos (GIRONDI, 2011).

De acordo com a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), é dever do Estado e direito de todos a saúde, cujas ações e serviços de saúde se declaram de relevância pública. O Benefício de Prestação Continuada, por intermédio da Portaria Normativa Interministerial nº 18, de 24 de abril de 2007, assegura ao idoso com deficiências, mesmo que temporárias, a renda de um salário mínimo, quando esse encontra-se em condições de pobreza, levando à situação de exclusão econômica e social e restringindo seu acesso a política de saúde.

O Estado do Espírito Santo (2008, p. 19), seguindo as diretrizes nacionais de saúde, desenvolveu as Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa, nas quais propõe-se que na unidade de saúde “deve haver estrutura física adequada com piso não escorregadio, corrimões e rampas em locais apropriados, boa iluminação, destaque para degraus existentes, passagem para cadeiras de rodas, entre outros”. Mesmo assim, em meio a tantas estratégias e diretrizes, as ações ainda não são realizadas de forma ideal.

5.2 A AUTONOMIA E A INDEPENDÊNCIA DO IDOSO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

No decorrer da primeira categoria foi abordada a percepção do idoso diante das ações de promoção da saúde. Na categoria a seguir, serão abordados os desafios e possibilidades da relação dos idosos sob a lógica da independência e autonomia dos mesmos.

A relação dos idosos com os profissionais de saúde é determinante para o sucesso das ações de promoção da saúde. Quando questionados sobre esta relação, os idosos demonstraram certa ponderação com as palavras no primeiro momento. Ao serem estimulados a falar novamente, com mais tempo para refletirem, relataram seus sentimentos. Depois da análise das entrevistas, os códigos evidenciados foram: queixas, aborrecimentos e decisões, desvelando a 2ª categoria – **A autonomia e a independência do idoso: desafios e possibilidades.**

A Idosa **IE** relatou uma história de sofrimento e de muitos desencontros em suas relações com profissionais de saúde, e isto resultou no seu afastamento e repulsa diante das ações de promoção da sua saúde.

[...] eu mesmo senti que eu precisava fazê um preventivo, um ultrassom, eles marcaram pra mim, garota eu vou te fala com você, eu sei que no dia que eles marcaram, eu ansiosa pra saber, pra fazer o preventivo para saber o que eu tinha, eu tinha desconfiado que eu tinha uma doença ruim, aí eles marcaram, quando foi naquele dia que eu fui, eu fui direitinho, mas minha filha, vou te fala, mas eles custaram, juntaram médico, tinha uma televisão lá, chegava um médico e falava assim um com o outro, isso parece não sei o quê, isso parece não sei o quê, mas eles não entenderam o que eu tinha, eles não entenderam, os médico não entenderam, aí quando eles mandaram eu levanta, eu perguntei, a não, não sei o quê, a sra não faz questão de voltar outro dia não, eu falei, não, eu volto, eu tava doida pra saber o que eu tinha, aí eles marcaram outro dia[...].

[...] e falou assim, deu um problemazinho, a sra volta daqui uns 6 mês, eu falei, eu voltar aqui, nunca mais, fiz um propósito com Deus, nunca mais voltei, nunca mais voltei.

A única coisa que eu to pensando desde que a senhora começou a fala, que a (Agente comunitária de saúde) já falou, várias pessoas já falaram, é o negócio de preventivo. Que eu já fiz muitas vezes, agora eu não faço, eu fiz um propósito com Deus que eu nunca, de nunca mais fazê [...].

Apreendemos do depoimento acima que os profissionais deixaram dúvidas em relação ao estado de saúde da idosa, não deram explicação sobre o problema identificado, somente indicaram retorno em seis meses. Este fato levou a idosa a não mais procurar o serviço de saúde. Esta questão pode ser interpretada como imposição do poder do conhecimento dos profissionais sobre o leigo, desconsiderando suas experiências de vida, seu conhecimento popular, e o seu direito a informação.

De acordo com Foucault (2012, p. 284-285) “o poder” – “não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detém exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. [...]”. Não se aplica aos indivíduos, passa por eles. Não se trata de conceber o indivíduo como matéria múltipla e inerte que o poder golpearia e sobre o qual se aplicaria, submetendo os indivíduos ou estraçalhando-os.

A forma como os profissionais de saúde dão as orientações impositivas [...] *voltar em seis meses* [...] se configura como um “poder disciplinar” do profissional de saúde

que não entende o idoso como sujeito do seu processo de saúde. Estes profissionais tomam os idosos como *objeto* do seu exercício profissional, assumindo a postura de “adestrador” e não um facilitador (FOUCAULT, 2011, p. 165).

Quando a idosa fala “[...] eu voltar aqui, nunca mais, fiz um propósito com Deus, nunca mais voltei, nunca mais voltei [...]”, para Foucault (2012, p. 285), “aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos do poder”. Os idosos, com expressões faciais negativas, contrárias ao que estavam falando, demonstravam o *poder* em suas escolhas e atitudes na relação estabelecida com os profissionais de saúde. Confirmando que na relação de poder não existe apenas um lado, como nos orienta Foucault. O idoso tem autonomia para decidir se vai ou não seguir as orientações dos profissionais de saúde.

Os idosos, mesmo recebendo as orientações e compreendendo os seus significados, não as seguem, porque se entendem sujeitos do próprio corpo e recusam a apropriação de suas vidas pelos profissionais de saúde.

Risos. Eu falo mesmo, falo mesmo isso aí, eu não vo toma remédio pra uma obrigação, pra isso a gente confia em Deus, porque a gente sabe que Deus é o médico dos médicos, mas pra isso ele deixou o médico aqui da terra, mas eu falei: mas se eu fosse acompanhar, ficar tomando remédio a vida toda, gente eu tomei tanto remédio, que eu tomei trauma de remédio. (IE)

Eles fazem, assim, pelo bem dos idosos né, pra evitar muitas coisas, doenças né, evita muitas coisas que as vezes ta comendo alimentação que faz mal né, então eles dando essa orientação pra gente a gente vai aprendennnnndo. (IA)

De acordo com Campos e Amaral (2007) a construção da autonomia do sujeito, e a capacidade de desenvolver o autocuidado, são possíveis quando a prática profissional é exercitada sob as orientações da clínica compartilhada, pois essa altera radicalmente a postura tradicional do profissional, o que possibilita transformar o paciente em um objeto ativo e independente.

Carvalho e Gastaldo (2007) referem que os profissionais de saúde precisam compreender a saúde enquanto política social. Devem agir buscando a redução dos

determinantes sociais na saúde, procurando por estratégias, visando à superação das desigualdades sociais e monitorando o poder que predomina nessa relação conflituosa. Reconhecendo que eles têm sempre a possibilidade de exercer o *poder sobre* os usuários.

Sugere-se aqui o exercício de uma prática profissional guiada pelo entendimento do usuário enquanto sujeito/cidadão portador de direitos que valoriza a parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades, em substituição a uma prática alienada e autoritária em que o trabalhador é simplesmente um provedor de serviços e o usuário um cliente/consumidor (CARVALHO; GASTALDO, 2007, p. 2033).

Na relação, entre os profissionais de saúde e os usuários, relatada abaixo, verifica-se que possivelmente emergiu de estratégias utilizadas pelo profissional que facilitou o fortalecimento do vínculo entre ambos.

Chama atenção que em diferentes momentos das entrevistas os idosos fazem muitas referências sobre o vínculo com o agente comunitário. A atividade exercida pelo agente comunitário de saúde durante a visita domiciliar contribui para o estabelecimento deste vínculo, pois são nestas visitas que o agente consegue se aproximar da realidade social do idoso.

[...] parece que a gente, assim ficou mais amiga, né, tem mais amizade pra conversar né, a gente tá sempre junto, igual a “agente de saúde” que vem aqui faz as visita na casa da gente, a gente conversa muito, às vezes quando tem que fazê alguma pergunta, a gente vai fazê. (IA)

Eu gosto muito da a agente comunitária de saúde ela é muito atensiva, vem sempre aqui, conversa, ensina direitinho, todo mês ela passa, mas aquela menina também é muito boa, aquela enfermeira lá não tenho nada pra falá dela não. Eu já fiz até preventivo com ela e tudo, ela é muito boa, ela é muito atensiva, qualquer coisa que a gente vai perguntar ela... eu gosto dela. (ID)

Também nos desperta a atenção, no depoimento abaixo, o comportamento do usuário que se utiliza do vínculo com o agente comunitário para ter facilidades em benefício próprio. São nestes momentos que os agentes devem se posicionar e fortalecer o entendimento deste idoso sobre o seu papel na comunidade.

Não vou fala nada né, porque é a agente comunitária de saúde, do lado da minha casa né, então tudo que eu preciso eu grito ela aqui, então eu ligo, se

eu não vejo chegar, eu ligo se não daqui da varanda mesmo eu converso com ela, da varanda (IF)

O agente comunitário de saúde funciona como um elo entre a equipe e a comunidade, e é neste contato permanente com a família que ele facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada pela equipe. É também um elo cultural que potencializa o trabalho educativo, na medida em que faz a ponte entre os dois universos culturais distintos, o saber científico e o saber popular (BRASIL, 2012a).

A educação em saúde quando bem estabelecida, considerando a relação entre os profissionais de saúde e os idosos, resulta em mudança de hábitos, sendo este um dos grandes objetivos da equipe da estratégia da saúde da família.

[...] parei, não fumei mais daquele dia pra cá, e eu me lembro do dia que foi, dia 13 de abril de 2004. Foi uma pessoa que me orientou muito. Eu subo essa escada não sinto nada né, eu sentia cansaço, sentia mal, eu não tinha apetite, eu mudei, virei outra pessoa, para de fumar, e tem muitos que pararam por causa disso, e hoje ele me agradece a mim, é uma vitória (IB).

A questão do empoderamento permeia esta relação entre o profissional de saúde e o idoso, pois um “[...] indivíduo empoderado é aqui sinônimo de uma pessoa comedida, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio” (CARVALHO; GASTALDO, 2007, p. 2031).

“O cuidado humanizado na saúde possibilita uma relação de afetividade construída a partir do respeito com a individualidade do sujeito no seu processo de saúde, permitindo que o idoso faça suas escolhas” (ALBUQUERQUE; BESSA JORGE, 2010, p. 400).

Eu gosto muito da enfermeira, aonde eu tiver e aonde ela me vê ela para e conversa comigo, isso me incentiva tanto, eu gosto tanto dela por causa disso! (IF)

O cuidado de si, de acordo com Foucault apud Ferreira (2004, p.144), passa pela relação com o outro, no qual “mantém uma relação estrita e pessoal com a verdade” e que esta verdade “[...] é atestada por razões exteriores às características

enunciativas, pois sua legitimidade é dada por quem fala, pela sua ética, ou, de outro modo, é atestada pela conduta de quem fala [...]”.

Alguns idosos não têm participação com assiduidade nas atividades, um exemplo desta afirmação é o caso de **ID**. Ela relatou que recebe as orientações, que está bom, mas em seguida desabafou com queixas a respeito das dificuldades encontradas nos serviços que precisa.

Eles falam que tem que fazer ginástica, tem que faze caminhada né, esse médico meu, último agora, que eu mostrei esse exame aí, ele falou, ele, tem que caminhar, tem que faze alguma coisa né, uma atividade né, porque ficar parado não pode né. Sei lá pra mim tá bom, acho que não tá, só que a demora das consulta né, pelo SUS que a gente tem. Nossa Senhora demora, ó. Eu to com um cardiologista, já fez um elétrico levou 9 mês pra eles me dá um papel né, cheguei lá falou assim, esse não vale mais porque tem 9 mês! Aí demorou, demorou, me deram outra consulta foi lá e ele não viu o elétrico ainda. (**ID**)

Importante perceber que **ID** fala o que é orientada a fazer, diz que está bom, mas após um tempo desabafa suas angustias e aborrecimentos com a prestação dos serviços de saúde pública. Pezzato (2012, p. 2102) alerta que este tipo de relação distancia a possibilidade do idoso em tornar-se sujeito do seu processo de saúde-doença. E mais, trata-se “[...] de considerar as relações de força, portanto de poder, no âmbito da dimensão política”, na qual é necessário encontrar novos caminhos para “produzir a ruptura com paradigmas epistemológicos” com o “jogo das forças da objetividade e da subjetividade”.

Os serviços de saúde devem estimular o usuário a ser proativo, construindo um sistema de relações que provoque o cidadão na sua organização social e política e produza uma intervenção comunitária em saúde, a partir do dialogo com as demandas sociais. Esta capacidade de intervir comunitariamente pode representar um dos instrumentos-chaves na mudança do modelo vigente, que ainda é baseado na expectativa de que os problemas de saúde cheguem até os serviços (BRASIL, 2009).

Já **IA** relata que recebe orientações, e se culpa em meio às dificuldades em atender as orientações dadas pela equipe de saúde.

[...] quando eu tava com colesterol alto, eu tive uma dieta mais rígida né, então agora já sai um pouquinho da dieta né, então por isso que eu acho que não to fazendo aquela alimentação que a nutricionista passou. Eu sai um pouquinho fora. Também é relaxamento da gente, né? Risos. Teria que seguir né, continua igual né, pra evitar de ter problema de novo, né. Acho que é olho grande né, vê tanta coisa gostosa. (IA)

As atividades de promoção da saúde encontram barreiras na intersetorialidade e na resolutividade na prestação de serviço de saúde. As estratégias priorizadas pela Promoção à Saúde apontam que o “desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias” devem ser fundamentadas nos determinantes e causas da saúde e na participação social, além da importância na estruturação de alternativas que supram as práticas educativas sobre os hábitos de saúde e estilos de vida individuais (CARVALHO; GASTALDO 2008, p. 2030).

Portanto, os desafios encontrados pela manutenção e realização das atividades de saúde vão além das ações locais, domiciliares e na comunidade, começando pela construção real de um sistema de serviço de saúde democrático, universal, igualitário e integral, constituído por um processo social e político (ALVES, 2005). Assim, percebe-se que mesmo quando as ações de promoção da saúde tem um bom resultado, mesmo em casos isolados, esbarra-se nas dificuldades de intersetorialidade, integralidade e até na gestão da saúde pública.

Os idosos, quando indagados sobre quem era responsável pela sua saúde, e se o governo tinha alguma responsabilidade, inicialmente se calavam, pensavam bem antes de responder. Posteriormente, quando esclarecida a questão de forma diferente, mais simplificada, pontuando que o governo se tratava das esferas federal, estadual e municipal, alguns idosos respondiam que ter uma boa saúde passa por questões religiosas ou no plano da divindade.

Primeiro lugar sempre é Deus né, ajudando a gente né, dando força né, pra gente poder fazer o que a gente tem vontade, né - PAUSA - Sou eu mesma né. Eu uso adoçante, evito comer muito óleo, mesmo a fritura, bastante verdura né, salada (IA).

Para Foucault (2004, p. 19-20) “a espiritualidade emerge do postulado de que a verdade jamais é dada ao sujeito por um simples ato de conhecimento, ato que seria fundamentado e legitimado pelo próprio”. Postula ainda que há necessidade de que

o sujeito se modifique, se transforme, se desloque, torne-se, até certo ponto, *outro* que não *ele mesmo* (Deus), para ter direito ao acesso à verdade.

Quando os idosos, em parte, transferem para Deus a responsabilidade sobre sua saúde, nos remete a uma elaboração filosófica de Foucault analisando dois filósofos: Epicteto⁵, que chega a definir o ser humano como “o ser a quem foi confiado o cuidado de si.” (Foucault, 2012, p.53), recebendo de Deus, com essa finalidade, a faculdade da razão. E a recomendação do cuidado de si não tem em vista apenas o modo de vida do filósofo, do indivíduo que dedica sua vida à sabedoria. Conforme Apuleu⁶, aperfeiçoar a própria alma com a ajuda da razão é uma regra igualmente necessária para todos os homens.

Além do plano da divindade, tiveram idosos que atribuíram a responsabilidade sobre sua saúde a eles, outros relataram sobre a responsabilidade do governo.

Eu mesma e Deus. Primeiro Deus e depois eu, porque se eu não tivesse cuidando bem da minha saúde.... Então, a gente mesmo tem que senti. Igual o Dr. Fala a gente conhece a gente, igual as mamãs, aperta pra vê se tá tudo bem. Acho que o governo tem responsabilidade, pois se eles não mandar as coisas a gente não tem né! Com as verbas, das coisas que precisam pra poder os hospital, as unidades, porque se não tiver a gente fica sem médico, não condições de trabalhar **(IC)**.

Primeiro vem de Deus, depois o governo, que mudou agora. Depois do Governo do Fernando Henrique a saúde tá bem melhor. Você vê que tá melhorando mais, você chegava nestes posto era uma fila danada, hoje não tá tendo aquelas filas igual tinha, no “pronto atendimento” cuidam dos idosos, exemplo: olha a cabeça deles, então coloca a gente na frente. Agora tá tendo mais prioridade pros mais idosos os mais velhos. Mas a saúde de uns anos pra cá melhorou muito. Eu te digo, não uns 100%, mas uns 80, 90% melhorou. [...] Dr..... ele me pediu us exame..... Não podia marca no dia que ele queria que fizesse, mas minha filha arrumou tudo conseguiu tudo, é amizade dela, o conhecimento dela. Fiz tudo de graça **(IB)**.

Diante das questões das responsabilidades dos governantes, os idosos têm limitações para discutir, ou simplesmente elaborar uma resposta mais completa.

⁵ Epicteto (55 à 135 d. C.) foi um filósofo grego estóico que viveu a maior parte de sua vida em Roma como escravo. Para Epicteto, uma vida feliz e uma vida virtuosa são sinônimos. Felicidade e realização pessoal são consequências naturais de atitudes corretas.

⁶ Apuleu (125 a 180 d. C.) nasceu em Madaura, pequena, mas importante colônia romana. Lucius Apuleu foi um escritor e filósofo médio platônico romano, que se refere à interpretação dada a filosofia de Platão durante os primeiros séculos da era imperial. A obra mais famosa deste filósofo foi *Metamorphoseon Libri XI* (Onze Livros de metamorfose).

Mesmo com a visão *superficial*, ou seja, sem o conhecimento e a informação acerca das questões políticas, econômicas e sociais, os mesmos, em meio suas experiências, percebem suas necessidades. Ainda que não saibam se podem reivindicá-las ou acessá-las.

Eles pegaram um compromisso pra fazer aquilo né. As vezes ele não tem condição também. Porque o que a gente tava precisando era de uma coisa melhor pra atender os idosos mais, ter mais atenção, porque às vezes tem tanta pessoa que às vezes vai pro médico com tanta dificuldade, chega lá fica enfrentando aquela fila, mas agora eu acho que eles estão melhorando mais um pouquinho, onde o idoso vai eles estão mais, dando preferência, mas às vezes de uma preferência pra um idoso aí chega uma pessoa mais ruim ali e tem que atender aquela pessoa mais. Tinha que botar mais médico. Precisava de mais médico né, às vezes chega alguém passando mal, mas não tem médico, marca pra não sei quando, então tá precisando de médico. É por isso que eu desanimava também (IE).

Uma das diretrizes da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994a) é: “promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativa na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos”. Diante disso, verifica-se que as políticas públicas preveem a importância da discussão entre profissionais e idosos para uma construção da saúde participativa. Facilitaria, assim, o empoderamento do idoso nas políticas, principalmente nas que são de seu direito. Entretanto, na prática isso não é observado.

Uma idosa responsabilizou o médico pela sua saúde e ao mesmo tempo criticou o atendimento de um, caracterizando sua insatisfação, não apenas com o médico, mas com a prestação do serviço e o sistema de saúde.

Ahh... os médicos né. Porque a gente fica doente corre lá no médico. Tem demora, mas eles atendem né. Sei lá.... Eu acho que a gente se sente, tem que ir no médico né, ele demora, mas atende. Sei lá.... esse médico cardiologista que eu fui não gostei muito não, dizem que ele é muito bom e tudo, mas nem olha pra gente, vai receitando logo as coisas e não sei né muito né....sei lá.... conversa tudo depressa, muita gente que eles colhe e não dão conta. Não sei não, [...] a gente tá ouvindo falar que os idosos estão muito maltratados né, não estão tendo, como se diz que tem que cuidar dos idosos, mas saúde tá “precária”. Acho que eles deveriam ter mais responsabilidade com os idosos né. (ID)

A relação médico-paciente baseia-se em uma necessidade de cuidado e de cuidar. Todavia, no cenário da saúde hoje, percebe-se que esta relação está comprometida

pela condição de quantidade e não pela qualidade. Na fala acima, de acordo com Albuquerque e Bessa Jorge (2010, p. 402), há “práticas que pressupõe lidar com o usuário por meio de técnicas e procedimentos que apagam qualquer traço de subjetividade presente na relação profissional-paciente”.

Segundo a doutrina da *verdade científica*, o médico passa a ser um guardião da verdade que deve ser imposta ao paciente. Esse, por ter *pecado*, perde todos os seus direitos, e deve ter seu defeito corrigido por aquele que supostamente ‘sabe’ a verdade sobre o corpo do paciente (MARTINS, 2004, p. 25).

A relação fragilizada foi representada neste contexto, além de apresentar a vulnerabilidade do idoso e a não efetivação das políticas públicas voltadas para a terceira idade. Embora alcançado e reconhecido alguns dos direitos dos idosos, ainda existe um longo caminho a ser percorrido.

Os seis idosos, sujeitos da pesquisa, apesar da dificuldade em compreenderem as políticas e ações de promoção da saúde, de certa forma, revelaram que o conhecimento popular pode contribuir para o avanço das relações entre idosos, profissionais de saúde e para a política de saúde.

Foi possível perceber, a partir das falas, que os idosos sabem o que querem e o que não gostam, sabem nomear as boas relações e as relações desastrosas, sabem decidir sobre o que é bom ou não para suas vidas. Assim foi o despertar da história da promoção da saúde, no qual a participação popular, e a participação da comunidade foram despertadas, como uma necessidade, em um processo imperativo que emergiu diante um sistema de saúde que tinha urgência em mudanças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do idoso é um tema indiscutivelmente relevante, pois, de acordo com os estudos apontados, o aumento da expectativa de vida do idoso traz consigo além dos problemas de saúde, todas as questões políticas, sociais, econômicas e culturais que envolvem não apenas a terceira idade, mas toda a sociedade.

Como proposta instituinte, a Política da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Promoção da Saúde enfrentam dificuldades. Para que a autonomia, a integração e a participação da sociedade ocorram efetivamente, o modelo de saúde exercido, bem como as relações estabelecidas e vividas neste processo, precisam de um olhar mais atento, a fim de alcançar o objetivo proposto por estas políticas.

Tendo em vista que o idoso é um ser que requer atenção e cuidados específicos, os profissionais de saúde precisam estar capacitados e manterem-se atualizados quanto às questões voltadas para os idosos. Acredita-se que essa pesquisa contribuirá para novas pesquisas para profissionais de saúde, gestores e governantes. Concomitante, proporcionará novos olhares diante das necessidades de rever o sistema de saúde, na perspectiva da autonomia e independência do idoso, e no fazer do profissional e da gestão da saúde. Tendo-se em vista que esta relação precisa ser considerada no contexto social, cultural, econômico e político do idoso.

Configurar o progresso de saúde positivamente em qualquer plano, seja teórico ou prático, é indiscutível. Todavia, apresenta um problema ao perceber a saúde em seu cerne e como essência de vida. “Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos” (CZERESNIA, 2003. p. 4).

Em consequente, para ocorrer a melhoria da saúde do idoso, exige-se maior participação no controle deste processo, não deixando de destacar a importância em contribuir para o idoso encontrar um espaço para desenvolver suas habilidades e expor suas necessidades, dores, dificuldades e anseios.

Ao iniciar o estudo, havia uma preocupação em encontrar uma metodologia que atendesse, além dos objetivos propostos, as curiosidades originadas no cuidado com o idoso. Portanto, não eram números e análises estatísticas que, neste contexto, responderiam o problema. Assim, com a revisão integrativa e com o desenrolar da dissertação, percebeu-se que a partir da escolha pela análise qualitativa, os códigos semânticos propiciaram uma expressão fidedigna das expectativas e responderam os questionamentos.

Não foi a primeira vez que ocorreu esta aproximação com pesquisa qualitativa sobre o idoso e, no ensejo de abarcar um pouco, mesmo que diminuto, a leitura em Foucault, sob as questões do idoso e da relação de poder evidenciada na dissertação, contribuíram para um olhar mais curioso e instigante.

A percepção do idoso diante sua saúde está estabelecida e, mesmo com a visão negativa de poder, percebe-se que embora o idoso esteja em posição “desfavorável” ele faz suas escolhas e decide os caminhos a percorrer para ter uma boa saúde. Entretanto, isso não coloca sobre ele a responsabilidade única sob sua saúde.

Os profissionais de saúde passam por uma formação cartesiana, muitas vezes distante das necessidades do idoso e dos os usuários em geral. Além disso, os programas de saúde são desenvolvidos de forma verticalizada, ou seja, os protocolos são elaborados por técnicos no âmbito do Ministério da Saúde, muitas vezes sem a efetiva participação daqueles que vão utilizá-los, dificultando o entendimento do profissional de saúde sobre este, e a construção de uma relação social em sua prática profissional. Mas, os profissionais de saúde, nesta relação idoso – profissional de saúde, tem um papel fundamental. Pois, como “detentores” de conhecimentos, têm mais condições de assumirem uma postura questionadora/pesquisadora, e principalmente atuarem como agente de transformação, pois é evidente a necessidade de mudança.

Este estudo não seria possível se não fossem os anos de convivência com idosos, tanto em âmbito institucionalizado quanto em domiciliar, despertando o interesse em pesquisar este universo que *grita* por atenção. Talvez não tenha sido apenas o interesse em estudar o idoso, mas também a oportunidade de representação dos mesmos, que passaram pelos olhares e pelas mãos atentas de uma enfermeira que tentava compreender certos anseios, e a tentativa em contribuir, mesmo que modestamente, para a saúde dos idosos que foram responsáveis por esta caminhada.

Discutir sobre a percepção dos idosos diante sua saúde e sua autonomia sobre ela despertou a curiosidade em ouvir e estudar a visão do profissional de saúde e do gestor da saúde, sobre a perspectiva da saúde do idoso. Sobretudo, quais as necessidades e dificuldades e encontradas por eles.

Estudos sobre a temática devem ser desenvolvidos e publicados para que haja um olhar mais aprofundado sobre a percepção do profissional de saúde, e suas relações com as políticas de saúde e usuários do sistema, principalmente a nível local. Sugere-se também aprofundar as investigações acerca da formação destes profissionais, frente ao cuidado com o idoso, no intuito de contribuir para uma nova discussão e uma nova oportunidade de transitar neste vasto universo, tão carente de transformações na humanização do cuidado e sua aplicabilidade nas políticas públicas de saúde.

Enfim, estudar o idoso, a política nacional de promoção da saúde, a política de saúde da pessoa idosa, remete a sensação de que este caminho ainda tem muito a percorrer, num processo de construção e participação popular que depende de reflexões, pesquisas e de ações realizadas em conjunto.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. A.; BESSA JORGE, M. S. Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitado? **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 34, n. 2, p. 397-408, jul. 2010.
- ALMEIDA, E. S. Cidade/município saudável: a questão estratégica: o compromisso político. Cidades Saudáveis. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6. n. 2. p. 71-81, ago./dez. 1997.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, Rio de Janeiro, v. 9, n.16, p.39-52. 2005
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ANDRADE, M. C. R.; CARNEIRO JUNIOR, N. Conspiração silenciosa: o visível e o invisível da realidade dos idosos dependentes, na região central da cidade de São Paulo. **ReVés do Averso**, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 61-4, out. 2005.
- AROUCA, S. **Reforma sanitária**. 1998. Disponível em: <http://www.ministeriodasaude.gov.br>.. Acesso em: 21 abr. 2013.
- ASHTON, J. et al. **Health cities WHO`s new public health iniciative**. Austrália: Health Promot, 1986.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H, Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p. 1179-790, 2007.
- BARROS, J. D. C. et al. LAMONATO, A. A; COELHO, J. F; PEREIRA, M. S. **A Enfermeira desvelando a inserção do idoso na sociedade**. In: Anais do EnfQuali` 2004 V Congresso Brasileiro de Qualidade em Enfermagem, 2004, São Paulo/SP. Anais do EnfQuali` 2004 V Congresso Brasileiro de Qualidade em Enfermagem., 2004.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 2. ed. São Paulo. Cortez, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**; set. 1990.

_____. Lei 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 República Federativa do Brasil**; 5 jan. 1996, p. 5.

_____, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 08 dez.1993. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 24 jan. 2013.

_____. **Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994a**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8842.htm>>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Decreto nº 1.948. Regulamenta a Lei nº 8.842, sancionada em 04 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Brasília: **Diário Oficial da União**. jan. 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>> Acesso em: 25 out. 2011.

BRASIL. _____. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 55.

_____. _____. **Estatuto do idoso**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. **Dialogando sobre o pacto pela Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006 a. p. 2 Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dialogando_sobre_pacto_pela_saude.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528 de– DF, 19 de Out 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>> Acesso em: 13 Jul de 2013. p. 20.

_____. _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção a Saúde, 2006c.

_____. _____. **Política nacional de promoção da saúde**. 2. ed. Brasília, DF: 2006d.

_____. _____. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. _____. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. _____. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012a.

_____. _____. **Relatório de gestão 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. _____. **Sistema de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil**. São Paulo. Ed Cortez, 2006.

BUSS, P. M. (Coord.). **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.

BUSS, P. M.; FERREIRA. J. R. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR. M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 64-71, jan./mar, 2008

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA Jr. J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiol Serv Saude**, Brasília, v.12, n. 2, p. 63-75, 2003.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, (Sup), p. 1865-74, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-59, fev. 2007.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-78 set. 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO. D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2029-40, dez. 2008.

CIPRIANO, P. Medidas urgentes. **Revés do Avesso**, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 96-7, out. 2005.

CZERESNIA. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, 1999. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.39-53. 2003.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes clínicas, saúde da pessoa idosa**. Coleção uma Nova Saúde. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

_____. _____. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: plano municipal de saúde**. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf> Acesso em: 15 out. 2013.

_____. _____. **Plano Estadual e Saúde 2012-2015**. Vitória,ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2012.

FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 197-202, 1999.

FERRAZ, S. T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 45-9, 1993. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.41+dez.+1993&pesq=A+pertin%Eancia+da+ado%E7%E3o+da+filosofia+de+cidades+saud%E1veis+no+Brasil&x=33&y=17>. Acesso em: 22 out. 2013

FERRAZ, S. T. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Brasília, DF: Paralelo 15, 1999.

FERREIRA, A. B. Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 776-86, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Rio de Janeiro: Graal, 1976.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

_____. **Vigiar e Punir**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

_____. **A Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes. 2004.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev Bras Enferm**, Local, v. 56, n. 4, p. 365-8, 2003.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 378-84, Jun. 2011

GHIZELINI, A. M. **Políticas públicas de segurança alimentar como processo de intervenção direta na produção e no consumo de alimentos no**

Brasil. Disponível em:

<<http://www.alasru.org/cdaldasru2006/11%20GT%20Andr%C3%A9%20Michelato%20Ghizelini.pdf>>

HEIDEMANN, I. T. S. B, ALMEIDA M.C.P, BOEHS A.E, WOSNY A.M, MONTICELLI M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-58, 2006.

HEIDMANN, I. T. S.; et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto – Enferm**, Florianópolis, v.15, n. 2, p. 352-358, 2006.

ILICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: resultados da amostra: microdados. Brasília, DF: IBGE, 2010.

MOREIRA, I. A.; HEIDRICH, A. V. Participação social na saúde: limites e possibilidades de controle social em tempo de reforma do Estado. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 18, n. 2, p. 107-19, jul./dez. 2012.

JACOBI, P. **Movimentos e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 1989.

JUNQUEIRA. R. G. P. Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro v. 34, n. 6, p. 117-30, 2000.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Cad Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1107-11, 2008.

KEINERT. T. M. M. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia “Cidades Saudáveis”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 55-64,1997.

L’ABBATE. S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-90, out./dez, 1994.

LEBRÃO, M. L; O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-40, set. 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; FERNANDES, A. F. C. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto – Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-8, 2010.

MACDONALD G, Robin B. Health promotion: discipline or disciplines? In: Bunton R., Macdonald G. **Health promotion: disciplines and diversity**. London (UK): Routledge, 1995.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647-53, Dez. 2008

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 8, n.14, p. 21-32, set. 2003

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MÉDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor da saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma-ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-8, maio-jun. 2004.

MINAYO, M. C; COIMBRA, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-72, 2007.

NAJAS, M. S. et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 187-91. 1994.

NEGRÃO, J. J. **Consenso de Washington**. Para conhecer o neoliberalismo. Washington : Publisher, Brasil, 1998. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/edu/eso/globalizacao/consenso.html>. Acesso em: 27 out. 2013

NUNES. E. Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. **Rev Port Saúde Pública**, Lisboa, v. 29, n. 2, p. 200-2. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Asamblea mundial sobre el envejecimiento**. Viena: Red Latinoamericana de Gerontología, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>> Acesso em: 15 out 2013

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIVA, P. T. A.; WAJNMAN, S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. **Revista Brasileira de Estud Popul**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 303-22. 2005.

PALLONI, A.; PINTO-AGUIRRE, G.; PELÁEZ, M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Epidemiology**, Universidade de Wisconsin, Madison, v. 31, n. 4, p. 762-71, 2002. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/content/31/4/762.full>. Acesso em: 18 Jul. 2013.

PEREIRA, L. D. **Políticas públicas de assistência social brasileira: avanços, limites e desafios**. p. 1-13. 2010. Disponível em: <<http://www.cpihts.com/PDF02/Larissa%20Dahmer%20Pereira.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2011.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 39-44, 2000.

PEZZATO, L. M.; LÁBBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2095-104; nov. 2012.

PIRES, Z. R. S.; SILVA, M. J. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n. 2, jul./dez. 2001.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45. jul./set. 2007.

SENA R.R, SILVA K.L, GONÇALVES A.M, DUARTE E.D, COELHO S. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação do enfermeiro. **Interface: Comunic Saude Educ**, São Paulo, v.12, n. 24, p. 23-34, 2008.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde como decisão política para a formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 826, 2007.

SILVA, K. L., SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, K. L. et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc Anna Nery. Rev Enferm**; Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 368-76 abr./jun. 2010.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E.Y. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1354-60, set./out, 2004,

SOUZA, M. H. N. Experiências de ensino-aprendizagem de estudantes de enfermagem em uma comunidade do município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery. Rev Enferm**;, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 251-57. Ago, 2006

SOUZA, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010

TERRIS, M. **Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoria de La Salud Publica, in OPS**. Promoción de la Salud: Una Antologia. Washington: OPS, Publ. Cient. p. 37-44. 1996.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública, Local**, v. 20, n. 2, p. 190-8, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clinico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

VERAS, R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 10, p. 2463-6, out. 2007.

VERAS, R. Envelhecimento Contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa realizada pelas pesquisadoras responsáveis: Maria Carlota de Rezende Coelho e Jacqueline Damasceno de Castro Barros, tendo ciência do exposto e dos meus direitos abaixo relacionados.

Título da Pesquisa: A Autonomia do Idoso diante as ações de Promoção de Saúde da Estratégia de Saúde da Família: Um Olhar sobre a Perspectiva da Biolítica e do Biopoder

Informações sobre a pesquisa: Trata-se de um estudo sobre a promoção de saúde do idoso, e tem como objetivo identificar a percepção do idoso diante as ações de promoção de saúde desenvolvidas na saúde da estratégia de saúde da família. Será realizada uma entrevista, previamente agendada, e o entrevistador seguirá um roteiro e utilizará o auxílio de um gravador. Sua participação será de importante valor, pois trará contribuição em relação a desenvolvimento de estudos sobre ações de promoção de saúde do idoso.

Direitos e garantias: Ao participar da pesquisa informada acima tem a garantia de que irá receber todos os esclarecimentos sobre a pesquisa durante o transcurso da mesma, podendo afastar-se em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas. A segurança plena de que não será identificado (a) mantendo o caráter oficial da informação, assim como está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo. A segurança que não terá nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético. A garantia de que toda e qualquer responsabilidade, nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que ela seja aceita, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Cachoeiro de Itapemirim, ____, de _____ de 2013.

Assinatura do Entrevistado

Pesquisador responsável: Jacqueline Damasceno de Castro Barros

Mestranda: Jacqueline Damasceno de Castro Barros - (28) 9988-0101

Endereço: R. Prof. Seabra Muniz, nº 15, Bairro Independência, Cachoeiro de Itapemirim–ES

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Carlota de Rezende Coelho - (27) 8167-4433

Comitê de Ética e Pesquisa: (27) 3334-3586

APÊNDICE B - Entrevista direcionada a pessoa idosa

1. Quais atividades de promoção de saúde o (a) Sr (a) participa na Unidade de Saúde?
2. O (a) Sr (a) já participou dessas atividades? Para que servem? O que o Sr. acha delas são importantes ou não? Porque? Se não participa, por quê?
3. Quais profissionais de saúde participam mais dessas atividades? Com qual profissional de saúde o Sr. se relaciona mais? Por quê?
4. Como o Sr. se sente quando recebe as orientações de saúde? Quem o Sr (a) acha que é responsável por sua saúde?

ANEXO

**ANEXO A – Regras Universais estabelecidas no Consenso de Washington.
Negrão (1998)**

1. Disciplina fiscal, através da qual o Estado deve limitar seus gastos à arrecadação, eliminando o déficit público;
1. Focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infraestrutura;
2. Reforma tributária que amplie a base sobre a qual incide a carga tributária, com maior peso nos impostos indiretos e menor progressividade nos impostos diretos;
3. Liberalização financeira, com o fim de restrições que impeçam instituições financeiras internacionais de atuar em igualdade com as nacionais e o afastamento do Estado do setor;
4. Taxa de câmbio competitivo;
5. Liberalização do comércio exterior, com redução e alíquotas de importação e estímulos à exportação, visando impulsionar a globalização da economia;
6. Eliminação de restrições ao capital externo, permitindo investimento direto estrangeiro;
7. Privatização com a venda de empresas estatais;
8. Desregulação, com redução da legislação de controle do processo econômico e das relações trabalhistas;
10. Propriedade intelectual.

ANEXO B – TERMO CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DO IDOSO E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR SOBRE A PERSPECTIVA DA BIOLÍTICA E DO BIPODER

Pesquisador: Jacqueline Damasceno de Castro Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07273912.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 157.102

Data da Relatoria: 27/11/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo pretende desvelar a percepção do idoso e dos profissionais de saúde diante as ações de promoção de saúde da estratégia de saúde da família sobre a perspectiva de biopolítica e biopoder foucaultiana. Os objetivos específicos propostos são: Contextualizar as ações de promoção de saúde na totalidade da Política Nacional de Saúde do Idoso frente à epidemiologia do envelhecimento populacional no Brasil e seu impacto social e na saúde. Identificar como se estabelece a relação entre idosos e profissionais, durante as ações de promoção de saúde na unidade de estratégia de saúde da família Abelardo Machado em Cachoeiro de Itapemirim-ES. Discutir as ações de promoção de saúde estabelecidas na estratégia de saúde da família sob a perspectiva da biopolítica e do biopoder foucaultiana. A metodologia se insere na pesquisa de campo e bibliográfica com

abordagem qualitativa. O estudo qualitativo corresponde aos objetivos da pesquisa, pois de acordo com Turato (2008), o mesmo proporciona um conhecimento a cerca das propriedades que lhe são inerentes, onde o pesquisador além seu interesse em conhecer as qualidades de seu objeto de investigação, apresentando sua essência, conhecendo as coisas como elas *ϋ*são*ϋ*. Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores (POLIT, 1995). A pesquisa será realizada na unidade de saúde da família Abelardo Machado, delimitada na área 11, tendo como área de abrangência os bairros Abelardo

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisioete.

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Ferreira Machado, Alto Novo Parque, Nossa Senhora de Fátima e Santa Cecília e população referenciada de 4.301 pessoas. O levantamento de dados, junto aos idosos, ocorrerá na microárea IV, por se tratar da área que compreende os idosos que tem maior frequência na participação das atividades de promoção em saúde desenvolvida pela equipe, segundo a enfermeira e a agente comunitária de saúde, da respectiva microárea. Portanto Os sujeitos de pesquisa serão 20 idosos, dos 74 que residem na microárea IV (SIAB, agosto, 2012), pois segundo as informações da agente comunitária de saúde responsável pela microárea, em um levantamento preliminar, 20 se enquadram nos critérios de inclusão, pois são os que mais participam das atividades voltadas para as ações de promoção de saúde da unidade. Também participarão os membros da equipe que promovem as ações de promoção de saúde voltadas para esses idosos, sendo eles o médico, a enfermeira, o técnico de enfermagem e a agente comunitária de saúde da microárea IV, totalizando 24 sujeitos. Entendo que as contribuições deste estudo, relativo à saúde da pessoa idosa no contexto da promoção de saúde, não se reduzem a comunidade acadêmica, uma vez que ele, o estudo, pode fornecer subsídios para revisão das práticas dos profissionais de saúde que agem no cuidado com a pessoa idosa, principalmente aqueles que atuam com ações de promoção de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar a percepção do idoso e dos profissionais de saúde diante as ações de promoção de saúde da estratégia de saúde da família sobre a perspectiva de biopolítica e biopoder foucaultiana. Contextualizar as ações de promoção de saúde na totalidade da Política Nacional de Saúde do Idoso frente à epidemiologia do envelhecimento populacional no Brasil e seu impacto social e na saúde. Identificar como se estabelece a relação entre idosos e profissionais, durante as ações de promoção de saúde na unidade de estratégia de saúde da família Abelardo Machado em Cachoeiro de Itapemirim-ES. Discutir as ações de promoção de saúde estabelecidas na estratégia de saúde da família sob a perspectiva da biopolítica e do biopoder foucaultiana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. No caso, a relação risco-benefício é adequada. O pesquisador responsável deve se comprometer a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano ao sujeito participante na pesquisa. Porém, isso não está previsto no teor do TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa viável, além de ser também científica e socialmente pertinente. Porém, recomenda-se ajuste de acordo com as observações apresentadas (TCLE). Além disso, as questões "2. Comente como é o diálogo que você estabelece com os profissionais de saúde?" e "3. Fale sobre a conversa que tem com os profissionais de saúde?" (inseridas no APÊNDICE A - ENTREVISTA

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisioete.

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



DIRECIONADA A PESSOA IDOSA) sugerem redundância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta documentação obrigatória.

Recomendações:

Efetuar as correções obrigatórias apontadas em relação ao teor do TCLE:

- Incluir no TCLE a informação de que o pesquisador responsável se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano ao sujeito participante na pesquisa.
- Incluir no TCLE a informação de que há a possibilidade de contato com o CEP Emescam em caso de necessidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE não menciona nitida e diretamente:

- a possibilidade de contato com o CEP Emescam em caso de necessidade;
- a informação de que o pesquisador responsável se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano ao sujeito participante na pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 28 de Novembro de 2012

Assinador por:
Paulo Augusto Sessa
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisiole.
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

B277p Barros, Jacqueline Damasceno de Castro, 1970-
A percepção do idoso diante das ações de promoção da saúde sob a
lógica da autonomia do sujeito / Jacqueline damasceno de Castro Barros. –
2014.
90 f. il.

Orientadora: Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Envelhecimento da população. 2. Saúde do idoso. 3. Promoção da
saúde. I. Coelho, Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36
