



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS**  
**PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANA PAULA RIBEIRO DE CASTRO**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA: COMPREENSÃO  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**FORTALEZA - CEARÁ**  
**2014**

**ANA PAULA RIBEIRO DE CASTRO**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA: COMPREENSÃO  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: promoção da saúde.

**Orientadora:** Profa. Dr<sup>a</sup> Maria Irismar Almeida.

**FORTALEZA - CEARÁ  
2014**

Dados Internacionais de Catologação na Publicação  
Universidade Estadual do Ceará  
Sistemas de Biblioteca

Castro, Ana Paula Ribeiro de.

Promoção da Saúde da Pessoa Idosa: compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. [recurso eletrônico] / Ana Paula Ribeiro de Castro. 2014.

1 CD-ROM: 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 92 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) Área de concentração: Promoção da Saúde.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Irismar de Almeida.

1. Idoso. 2. Promoção da Saúde. 3. Atenção

Primária. 4. Saúde da Família. I. Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF  
Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha  
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



## FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA: compreensão dos profissionais da saúde da estratégia saúde da família.”**

Nome da Mestranda: **Ana Paula Ribeiro de Castro**

Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

### BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida  
(Orientadora)



Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo  
(1º membro)



Profa. Dra. Maria Vieira de Lima Saintrain  
(2º membro)



Profa. Dra. Marlene Lopes Cidrack  
(Suplente)

Data da defesa: 29/04/2014

Aos meus pais, Ana Maria Ribeiro de Castro e Francisco Caracas de Castro pessoas que estão na fase idosa, vivenciando-a ativamente na sociedade. Vocês são o meu espelho de vida! Amo vocês incondicionalmente!

## AGRADECIMENTOS

Ao Nosso Deus de luz que nos guia e sempre nos acolhe nos momentos difíceis. Sem a fé, não ultrapassaria momentos de turbulências! Obrigada meu Senhor!

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida! Você não apenas me conduziu nessa dissertação, foi além! Acolheu-me, ensinou-me, aconselhou-me, criou laços que espero que nunca sejam “afrouxados”, pois que os nós da amizade sejam eternizados! Obrigada minha mentora querida!

À minha banca examinadora, Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo, Profa. Dra. Maria Vieira e Profa. Dra. Marlene Lopes Cidrack, pela valorosa contribuição desde a qualificação até o momento de conclusão da pesquisa, agradeço pela disponibilidade.

À minha família, meu amor eterno, companheiro em todos os momentos, meu marido, Stênio Rolim de Oliveira, e meus filhos, Pedro, Gabriel e Lucas, que apesar de tão pequenos, compreenderam-me quando necessitei me ausentar para os estudos. Amo vocês eternamente!

Aos meus companheiros do Mestrado Profissional em Saúde da Família UECE/FIOCRUZ! Como vou sentir saudades de todos vocês! Obrigada pela aprendizagem, pelo acolhimento, pelo afeto! A vocês: Eliene, Marcos, Riksberg, Marta, Carlos Eduardo, Tereza, Talyta, Joyce, Rosane, Edilberto, Aglair, Francimeiry, Francisco Júnior, Márcia, Mailson, Lizaldo e Krishna. Um agradecimento especial às minhas colegas e amigas Ana Cybele e Roberta, de vocês, além da convivência no mestrado, sentirei saudades do docinho após o almoço! E sem me esquecer de Marcos Messias, que não está concluindo de fato o mestrado conosco, mas nunca nos deixou, sempre nos apoiando virtualmente quando necessitamos. Obrigada família UECE/FIOCRUZ!

Aos meus professores do mestrado, que com competência e, acima de tudo, com muita humanização, nos conduziu à conclusão dessa etapa profissional importante. Em especial, à professora Ana Patrícia Pereira de Moraes, nossa coordenadora, afetuosa sempre! Muito obrigada!

À nossa Regina Cláudia, pela dedicação e atenção em muitos momentos que precisamos de seus serviços, e que gentilmente, sempre nos respondeu! Obrigada!

À minha família, pais, irmãos e sobrinhos, a vocês meu agradecimento fraterno por sempre acreditarem em mim! Amo vocês!

Às minhas amigas e colegas da ESF Juazeiro do Norte, Rejane Tavares e Elayne Fabrícia, pelos momentos compartilhados de grande aprendizagem! Abraço carinhoso.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Juazeiro do Norte participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e contribuição para realização deste estudo.

Aos gestores do município de Juazeiro do Norte, pela minha liberação para realizar o mestrado e pelo apoio na pesquisa de campo.

Obrigada a todos!

Cada idade tem a sua beleza e essa  
beleza deve sempre ser uma liberdade.

Robert Brasillach

## RESUMO

O envelhecimento populacional brasileiro é resultado das transformações epidemiológicas e demográficas, com diminuição da mortalidade e fecundidade e aumento da expectativa de vida. A construção de uma sociedade alicerçada para fornecer suporte à população idosa, nos aspectos da assistência social, familiar e de saúde, torna-se essencial. A promoção da saúde entendida, no estudo, como a capacidade da comunidade de atuar na busca de uma melhor qualidade de vida foi o ponto de partida para essa investigação. Objetivou-se conhecer as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à pessoa idosa. Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em Juazeiro do Norte, Ceará, no distrito V, com 12 equipes da ESF. Participaram do estudo 19 profissionais (nove enfermeiros, quatro médicos e seis dentistas) que atenderam aos critérios de inclusão para o estudo. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista semiestruturada, gravada, após parecer do CEP, conforme número 501.675. Após transcrição na íntegra das falas, os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, organizadas em duas categorias intituladas: compreensão dos profissionais da ESF sobre a promoção da saúde e ações da promoção da saúde na terceira idade, discutidas por meio da literatura estudada. Foram respeitados os preceitos éticos e legais sobre as pesquisas com seres humanos, atendendo a Resolução 466/2012. Sobre a compreensão da promoção da saúde, o estudo revelou concepções de prevenção, educação em saúde e qualidade de vida, como também o de autocuidado, a fuga da medicalização, a cultura de paz e a troca de saberes. Percebeu-se, porém, compreensão de promoção da saúde ainda associada ao modelo “medicalocêntrico”, voltado para atenção “compartimentalizada”, sendo a assistência realizada por grupos considerados de risco, contrariando a visão integral da mesma. Procurou-se conhecer as ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes da ESF, como eram articuladas essas ações e as ferramentas utilizadas para realizá-las. Foram reveladas ações de caráter coletivo, como atividades com grupos, reuniões, roda de conversa, palestras e orientações em sala de espera. Trazendo, ainda, outras de cunho pontual, como orientações durante a consulta individual e encaminhamento para serviços especializados. Evidenciou-se a necessidade de discussão sobre a promoção da saúde e suas ações para realizá-las na terceira idade, revelando ser indispensável o debate e a reflexão sobre a temática no

município. Urge construção de uma rede de apoio à saúde da pessoa idosa, de forma compartilhada entre profissionais, gestores e comunidade, a fim de organizar os serviços para que ações de promoção de saúde aconteçam de forma adequada e, sobretudo, que as pessoas idosas possuam serviços qualificados em todos os níveis de assistência.

**Palavras-chave:** Idoso. Promoção da Saúde. Atenção Primária. Saúde da Família.

## ABSTRACT

The population aging in Brazil results from epidemiological and demographic changes, with decreased mortality and fertility and increased life expectancy. Therefore, it becomes essential to construct a society able to provide support to the elderly with regard to social, family, and health care. In this study, the starting point for the investigation was the health promotion as the community's ability to act seeking a better quality of life. This research aimed to know the actions of health promotion developed by professionals of the Family Health Strategy (FHS) concerning the elderly. An exploratory study with qualitative approach conducted in Juazeiro do Norte-CE, Brazil, in the 5<sup>th</sup> District, with 12 FHS teams. The study included 19 professionals (nine nurses, four doctors, and six dentists) who met the inclusion criteria. Data collection occurred through semi-structured interview, recorded, after the consent of the Research Ethics Committee under protocol No. 501.675. After the full transcript of the speeches, we analyzed the data through content analysis, and organized them into two categories entitled "View of FHS professionals on health promotion" and "Actions of health promotion in old age", discussed based on the literature in study. We respected the ethical and legal principles regarding research involving human beings, in compliance with Resolution 466/2012. As regards the view on health promotion, the study revealed conceptions for prevention, health education, and quality of life, as well as for self-care, rejection to medicalization, culture of peace, and knowledge exchange. Nevertheless, we verified that the view of health promotion is still associated with the "doctor-centered" model aimed at "fragmented" care, with the assistance performed by groups considered at risk, contrary to the comprehensive care. We aimed to know the actions of health promotion performed by the FHS teams, how they articulated these actions, and the instruments used to perform them. We identified collective actions such as group activities, meetings, roundtable discussions, lectures, and guidance in the waiting room. Also bringing other one-time actions such as guidelines for individual consultation and referral to specialist services. We evidenced the need to discuss health promotion and the actions to its accomplishment in old age, proving to be essential for debate and reflection on the subject in the municipality. There is the urgent need to build a network to support the health of the elderly articulated among professionals, managers, and community in order to organize the services so that actions of health promotion can

happen properly, and especially for older people to have quality services in all levels of care.

**Keywords:** Aged. Health Promotion.Primary Health Care.Family Health.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- População por sexo e faixa etária de pessoas acima de 60 anos .....	35
Quadro 2 – Relação das categorias e sub-categorias, 2014 .....	41

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRI	Centro de Referência ao Idoso
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
DVD –	<i>Digital Versatile Disc</i>
EP	Educação Permanente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
2.1 GERAL .....	21
2.2 ESPECÍFICOS .....	21
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>22</b>
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES .....	22
3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E HISTÓRIA .....	26
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
4.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO .....	31
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO .....	31
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	33
4.4 COLETA DE DADOS .....	34
4.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS .....	35
4.6 ASPACTOS ÉTICOS .....	36
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	37
5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS .....	39
<b>5.2.1 Categoria 1 - Compreensão dos Profissionais da ESF Sobre a Promoção da Saúde .....</b>	<b>39</b>
5.2.1.1 Subcategoria 1- Promoção da Saúde e a Pessoa Idosa .....	45
5.2.1.2 Subcategoria 2 - A Pessoa Idosa na Visão dos Profissionais de Saúde .....	49

<b>5.2.2 Categoria 2 – Ações de Promoção da Saúde na Terceira Idade .....</b>	<b>52</b>
5.2.2.1 Subcategoria - Dificuldades para Realizar Ações de Promoção da Saúde na Terceira Idade .....	58
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA .....	84
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	85
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRURURADA .....	86
APÊNDICE D – DIAGRAMA 1 .....	87
APÊNDICE E – DIAGRAMA 2 .....	88
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....	91
ANEXO B – NOMES DE ANJOS .....	92

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos e demográficos apontam diversos fatores para o envelhecimento populacional mundial: diminuição da fecundidade e mortalidade, acompanhados pelo aumento da expectativa de vida. Somente após o Renascimento, com avanços sociais, políticos, culturais e científicos da época, essa idade passou para 35 anos, em 1750, e 40 anos, em 1800, cujos principais componentes para essa mudança foram as melhorias das condições de vida, trabalho e educação, atrelada à urbanização; saneamento básico e melhores condições de higiene, resultantes do processo de industrialização (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Paschoal, Franco e Salles (2007) colocam ainda que as mudanças da transição demográfica e epidemiológica ocorridas em países chamados de Primeiro Mundo ocorreram de forma gradativa e em consequência de um maior desenvolvimento socioeconômico e cultural. Na França e Suécia foi 115 e 85 anos, respectivamente, para esse fenômeno do envelhecimento fosse consolidado, enquanto que em países em desenvolvimento, como o Brasil, esse tempo era de apenas 35 anos. Na Europa e nos Estados Unidos, a expectativa de vida passou de 40 anos para 62 anos entre os anos de 1940 a 1990, sendo a projeção para 2020 de 70 anos. Em países em desenvolvimento, até a metade do século XX, as taxas de fecundidade e mortalidade permaneciam elevadas. A introdução dos antibióticos e prevenção das doenças prevenidas pelas vacinas, dentre outros avanços da área de saúde, proporcionaram a queda da mortalidade e o aumento da expectativa de vida nesses países.

Estima-se que, em 2025, entre os dez países no mundo com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil na sexta posição (LIMA-COSTA, 2003). Segundo indicações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem aproximadamente 15 milhões de idosos no Brasil, representando cerca de 11% da população (BRASIL, 2010).

O aumento significativo dessa população acarreta transformações para o Brasil nas áreas sociais e econômica e, em especial, na área da saúde, refletindo no processo de trabalho dos profissionais. Apesar dos esforços despendidos para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, no Brasil, a população idosa envelhece em ritmo acelerado, contudo, sem subsídios para vivenciar essa fase. “Existem duas forças

por trás da projeção de aumento dos gastos com saúde: o aumento da proporção e dos anos de vida de idosos na população e o aumento da intensidade do uso dos serviços de saúde pelos idosos” (VERAS, 2012, p. 232).

O envelhecimento populacional pode ser considerado um triunfo para Brasil, pois a melhoria dos condicionantes de saúde que favoreceram o aumento da expectativa de vida, a queda da mortalidade, principalmente a infantil, e a diminuição da fecundidade, alcançou índices semelhantes a países desenvolvidos. Contudo, a prolação da vida não necessariamente veio acompanhada de uma atenção integral à pessoa idosa, permitindo que, apesar das possíveis limitações físicas, psíquicas e sociais presentes na velhice, os idosos possam redescobrir possibilidades de viver com qualidade (ARAGAKI; RIBEIRO, 2012).

O envelhecimento humano pode ser entendido, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como um processo sequencial, natural, individual, irreversível, universal, acumulativo, contínuo e não patológico, em que se observa diminuição gradual e progressiva das capacidades funcional e cognitiva, decorrentes do processo de senescência e senilidade (BRASIL, 2006). Compreender esse conceito, incorporando-o na prática profissional diária, é fundamental para trabalhar a população idosa, de modo a garantir que a pessoa idosa seja sujeito ativo e reflexivo do seu papel na sociedade, possuidor de direitos e deveres, participando da tomada de decisões sobre o seu processo de saúde/doença.

Segundo o Estatuto do Idoso, aprovado em 1º de outubro de 2003, a pessoa idosa é toda aquela que possui idade de 60 anos acima, independente o quão estejam os outros aspectos do envelhecimento (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso estabeleceu os direitos fundamentais até a declaração de penas para crimes contra essa população. Assegurou à pessoa idosa o direito à vida, à alimentação, à educação, ao trabalho, ao lazer, à cidadania, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. No âmbito da saúde, é dever do Estado a garantia de assegurar atenção integral, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo condições ao acesso universal e igualitário (ALMEIDA et al., 2012).

A longevidade e uma maior expectativa de vida dependem, dentre outros fatores, do estilo de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo, estresse), do ambiente (condições de moradia, urbanização), da herança genética (doenças relacionadas) e organização dos serviços de saúde (acesso e atendimento qualificado). Em vista disso,

constitui-se um desafio para a saúde essa transição demográfica, principalmente no Brasil, considerado “um país em desenvolvimento”, cujo fenômeno ocorre em um cenário de pobreza e de grandes desigualdades sociais, além de um extenso território com diferenças econômicas, sociais e culturais em cada região.

A necessidade de estratégias voltadas para essa população, destacando o setor saúde, faz-se necessária. Os profissionais e gestores de saúde devem estar preparados para acolher e responder às necessidades no âmbito psíquico, físico, socioeconômico e cultural desses idosos, embasados nas propostas de políticas públicas para o envelhecimento ativo e saudável, explicitado nas diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão de 2006, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) e a Política Nacional da Pessoa Idosa.

A Atenção Básica tendo como proposta a organização da Assistência à Saúde, tem como eixo estruturante a Estratégia Saúde da Família, funcionando como “porta de entrada” nos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Sua evolução remota às cartas da Promoção da Saúde, resultados das Conferências de Promoção da Saúde, iniciando em 1986, com a Conferência de Ottawa, primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que vem se fortalecendo a cada nova declaração internacional formulada nas conferências realizadas sobre o tema (BRASIL, 2001). Outras conferências ocorreram, resultando em propostas essenciais para repensar e modificar o conceito de saúde, passando a ser vislumbrado como um completo bem-estar físico, social, psíquico, cultural e ecológico da população.

O conceito de promoção da saúde é amplo e debatido desde as conferências internacionais sobre esse tema, em que se observam múltiplas concepções sobre o seu significado, pois envolve não apenas o setor saúde, não atinge um indivíduo isoladamente, nem uma comunidade específica.

O estudo se embasa no conceito trazido pela Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, no Canadá, em 1986, define promoção da saúde como “... o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde...” (BRASIL, 2002, p. 20), enfatizando a necessidade de participação e controle social para a sua concretização. Assim, a promoção da saúde tem como objetivo assegurar igualdade de oportunidades para que as pessoas possam realizar o seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem conhecer e saber controlar os fatores determinantes da sua saúde (BUSS, 2009).

Diante das reflexões acerca da temática a ser estudada, alguns questionamentos surgiram: qual a compreensão de promoção da saúde pelos profissionais da ESF? Como os profissionais da ESF compreendem essa promoção da saúde na terceira idade? Como se articulam para programar as ações de promoção da saúde a essa população? Quais as estratégias e as ferramentas utilizadas para organizar essas ações? As práticas de promoção da saúde estão sendo implementadas de acordo com as propostas de promoção da saúde? As ações de promoção da saúde estão sendo capazes de viabilizar mudanças na tomada de decisão desta população?

Supõe-se que o esclarecimento dessas questões abordadas poderá favorecer intervenção nas políticas públicas de assistência à saúde dessa população.

As áreas estratégicas da AB do município estão organizadas de acordo com os princípios gerais da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2006a), atuando em áreas estratégicas que são a eliminação da hanseníase, o controle da Tuberculose, o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, a saúde bucal, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso e promoção da saúde (grifo nosso). Sendo a ESF a forma de reorganização das práticas de saúde, buscando substituir o sistema centrado na doença, de forma que os profissionais conhecessem o território a ser trabalhado de forma contínua e integral, fazendo com que a comunidade tivesse uma postura pró-ativa frente aos seus problemas de saúde/doença, sendo esse território espaço para construção da cidadania.

Contudo, apesar das experiências exitosas com a implantação da ESF, a visão centrada na doença ainda persiste, principalmente em relação à população idosa, observadas nas consultas ambulatoriais por “livre demanda”, visitas domiciliares restritas ao tratamento das doenças crônicas e consultas para o acompanhamento da Hipertensão e Diabetes, prevalecendo às práticas curativas ou baseadas em patologias. Observa-se que estratégias voltadas para promoção da saúde no processo de trabalho da equipe multidisciplinar, respaldadas nas políticas lançadas pelo MS, ainda não foram incorporadas nos processos de trabalho das mesmas.

O paradigma biologicista, cuja medicalização predomina, é a principal forma de atenção à população. A apreensão e ampliação da visão do processo saúde-doença como resultado de múltiplos fatores e que a sua “resolução” extrapola o setor saúde, necessitando de meios além da clínica, deveria ser preponderante. Todavia, observam-se, predominantemente, estratégias curativistas, centradas nos sinais e

sintomas, cujo usuário se torna dependente do sistema e do profissional de saúde, contrapondo a visão de promoção da saúde.

Bezerra, Almeida e Nóbrega-Therrien (2012) corroboram o pensamento anterior quando afirmam que o desafio maior no século XXI será de cuidar dessa população crescente de idosos, a maioria com níveis socioeconômicos e educacionais baixos e elevados prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

O estudo disponibilizará informações importantes para a comunidade acadêmica e profissionais envolvidos direto e indiretamente com a saúde da pessoa idosa, pois para proporcionar envelhecimento ativo e saudável a essa faixa etária crescente, devem-se conhecer e implementar estratégias de informação, educação em saúde e prevenção das incapacidades, ultrapassando metodologias prescritivas, fazendo com que a pessoa idosa seja sujeito transformador da sua realidade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Conhecer as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da ESF em relação à pessoa idosa.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Conhecer as estratégias de articulação dos profissionais da ESF para programar as ações de promoção da saúde à população idosa;
- Identificar as ferramentas utilizadas para as ações de promoção à população idosa, por esses profissionais;
- Compreender o significado da promoção da saúde pelos profissionais da ESF em relação à população idosa.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O aumento do interesse de estudos sobre a velhice está ligado ao processo de transição demográfica mundial, associados aos impactos que esse fenômeno pode resultar para sociedade.

Historicamente, as sociedades percebiam chegar à velhice de forma diferenciada. Os antigos chineses acreditavam que chegar a essa fase era digno de honra. Contrariamente, os antigos egípcios temiam envelhecer, preparavam porções com ervas e providência para manter a juventude. Os gregos tinham opiniões diferenciadas. Platão colocava que os mais velhos seriam os melhores líderes de uma sociedade, já Aristóteles negava aos mais velhos qualquer papel, em assuntos governamentais (ELIOPOULOS, 2011).

Observam-se, em alguns países influenciados cultural e economicamente por esses povos, reflexos no comportamento da sociedade com o fenômeno do envelhecimento populacional. A sociedade capitalista, que tem a indústria e o desenvolvimento e expansão desta, como fonte de maior riqueza e capital, tem concepções estigmatizadas em relação à força de trabalho de pessoas consideradas “velhas”, associando esta ao desempenho quantitativo dos materiais industrializados.

No início do Século XVII, na Inglaterra, surgem os primeiros projetos sociais voltados à população mais idosa, com a criação da “Lei dos Pobres” que ofertava atendimento diferenciado aos carentes, aos idosos e seus familiares, e a criação de uma rede de segurança. Visualizam-se as primeiras políticas públicas de atenção aos mais idosos, que com a Revolução Industrial, nos Séculos XVIII e XIX, muitos ganhos a essa camada da população foram perdidos (ELIOPOULOS, 2011). A partir da Revolução Industrial e do desenvolvimento do modelo capitalista o envelhecimento, ser “velho”, no sentido cronológico, passou a ter um significado decadente, de exclusão e marginalidade. O desenvolvimento da ciência, nessa época, começou a estudá-la a partir de sua negação, com o objetivo de combatê-la (COMBINATO et al., 2010).

Chegar à velhice, atualmente, tornou-se realidade para sociedade. Dos mais de 600 milhões de idosos que vivem no mundo, cerca de 370 milhões vivem em países em desenvolvimento, fenômeno demográfico, observado na América Latina e Caribe,

apresentam características diferenciadas que ocorre nos países ricos. É necessário enfatizar que esse processo de envelhecimento populacional distingue-se em alguns aspectos dos países ditos desenvolvidos, pela rapidez do crescimento, pela situação de pobreza e aumento das iniquidades (LITVOC; BRITO, 2004).

No Brasil, a partir da década de 1960 iniciou-se um processo de desaceleração do ritmo anual de crescimento populacional. Entre os anos de 1980 e 1991, esse declínio alcançou o ponto máximo, uma taxa anual de 1,94%. A população acima de 65 anos em 1991 superou os sete milhões, o que significou um ganho anual de 210.492 idosos na referida década. As pessoas passaram a viver mais e a expectativa de vida saltou de 41,5 em 1940 para 65,6 anos em 1991 (COUTRIM, 2006, p. 71).

Em países desenvolvidos, a esperança de vida aumentada resultou em uma melhoria das condições de vida das populações. No Brasil, por outro lado, apesar das projeções apontarem crescimento progressivo da quantidade de idosos, esses não dispõem de condições socioeconômicas compatíveis com uma qualidade de vida adequada. No país, por ser marcado por fortes desigualdades sociais, em relação à qualidade de vida e de bem-estar, esse fenômeno pode agravar e aumentar as chances de exclusão dos idosos na sociedade (UCHÔA et al., 2002; VONO, 2007).

Podem-se relacionar múltiplos fatores para o aumento da expectativa de vida no Brasil, como a melhoria das condições sanitárias no Brasil, a ampliação de tecnologias em saúde e o acesso às informações.

Paschoal, Franco e Salles (2007) afirmam que no Brasil, as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985, entre 1950 e 2025, a população idosa seria acrescida dezesseis vezes contra o aumento de cinco vezes da população total. Mendes (2012, p. 34) acrescenta que “... o percentual de pessoas idosas acima de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou a 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens”.

Essa transição demográfica, caracterizada pela passagem de uma população com características jovem para uma envelhecida, dar-se ao declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, a uma situação de baixos indicadores. Essas modificações resultaram em uma mudança nas características epidemiológicas da população brasileira, em que houve modificações no padrão de morbidade e mortalidade, com a queda das doenças infecto parasitárias e o aumento das afecções crônico-degenerativas, sendo que em 2020, as doenças crônico-degenerativas serão a principal causa de morte e

incapacidade no mundo (COELHO FILHO, 2013; MENDES, 2012; SIQUEIRA et al., 2009; LITVOC; BRITO, 2004).

O aumento da população idosa ocorre por vários motivos, dentre eles a Revolução Industrial, marco importante, ocorrida inicialmente na Inglaterra, responsável pelo desenvolvimento dos centros urbanos, trazendo consigo melhorias de higiene pessoal, sanitária e ambiental; na alimentação e na moradia, com consequente avanço na qualidade de vida, fato observado mais substancialmente nos países considerados desenvolvidos (LIMA-COSTA et al., 2003).

A queda da fecundidade e da mortalidade são pontos essenciais para o fenômeno do envelhecimento populacional. O primeiro, relacionado à incorporação da mulher no mercado de trabalho, revolução sexual e uso da pílula anticoncepcional, como também melhoria do acesso às informações de saúde, consequente à urbanização da sociedade. Já o desenvolvimento da medicina, surgimento de novas vacinas e aplicação destas, como da antibioticoterapia, dentre outros fatores corroboraram para diminuir as mortes (CIDRACK; QUEIROZ; ALMEIDA, 2009; BRASIL, 2006; MALTA et al., 2006; LIMA-COSTA et al., 2007; VONO, 2007).

Enfatiza-se que essa mudança no perfil epidemiológico não ocorre de maneira uniforme em todo o país, de forma que nas regiões de maiores desigualdades socioeconômicas, como o Nordeste e o Norte, as doenças infecto-parasitárias apresentam relevância maior comparada a regiões Sul e Sudeste, pois nas primeiras o índice de mortalidade infantil se mostra ainda elevado (LITVOC; BRITO, 2004).

(...) Rio de Janeiro e Porto Alegre são as capitais com maior proporção de idosos, ou seja, 12,8% e 11,8%, respectivamente. Por outro lado as capitais do Norte do país, Boa Vista e Palmas, apresentam as menores proporções de idosos, com apenas 3,8% e 2,7%, respectivamente (COELHO FILHO, 2013, p. 406).

O processo de envelhecimento populacional acelerado motiva a pensar na construção de uma sociedade alicerçada para dar suporte aos “mais velhos”, nos aspectos da assistência social, familiar e condições de saúde.

Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008) apontam que aumento do envelhecimento estar diretamente relacionado ao das doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros que possuem 65 anos ou mais responderam ser portadores de alguma patologia crônica (IBGE, 2010).

Enfatizando que “a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos” (MENDES, 2012, p. 35).

“As alterações no perfil demográfico dos países em desenvolvimento assustam, pois esse aumento traz evidentes efeitos sobre o sistema social, econômico e da saúde (...)” (OHARA; RIBEIRO, 2008, p. 324). Necessário, assim, o desenvolvimento de medidas para lidar com essa mudança, sem restringir ao setor da saúde. Medidas essas que não devem se alicerçar nas estratégias de cura para os problemas agudos, emergenciais, apenas, deve-se, associados a isso, considerar medidas de promoção da saúde para melhor qualidade de vida, na medida em que se proporcionam condições dessa população envelhecer adequadamente, consciente do seu papel no processo de adoecer e manter-se saudável.

Em uma sociedade em que as pessoas têm expectativas de vida cada vez maior, além da atenção à saúde na idade avançada, impõe-se como fundamental a proporção da longevidade bem-sucedida ou envelhecimento ativo, com foco em todos os grupos etários, Trata-se de aumentar a percepção e a consciência do envelhecimento como um fenômeno que se processa em todo o curso da vida; algo que diz respeito não somente aos mais velhos, mas a todos os membros de uma sociedade (...) (COELHO FILHO, 2013, p. 401).

O envelhecimento não deve ser visto como um problema, mas como um fenômeno que foi consequência de muitas conquistas na saúde mundial, deve, assim, ser aproveitado, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas, almejando um envelhecimento bem-sucedido. Sendo discutido em muitos momentos importantes, dentre eles, em 1982, na Assembleia Geral das Nações Unidas, em que acontecia a Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento, em Viena, na Áustria, que teve a representação de 124 países, incluindo o Brasil. Na ocasião, foi lançado o Plano Internacional de Ação relativo ao envelhecimento, amplo conjunto de diretrizes e estratégias que realçam a necessidade de promover o envelhecimento “bem-sucedido”, sendo publicados nos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, cujos dezoitos princípios se agrupavam em cinco linhas acerca do estatuto do idoso para sociedade: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. A discussão desses princípios levou a 50ª Assembleia das Nações Unidas a proclamar 1999 o Ano Internacional do Idoso (RODRIGUES et al., 2007; FARINATTI, 2008).

Esse fenômeno gerou necessidade de discussão também no aspecto legislativo, no Brasil, em que os idosos foram mencionados em alguns artigos, decretos-

leis, leis, portarias, códigos, dentre outros, sobressaindo artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965), além da Lei Nº 6.179 de 1974 que criou a Renda Mensal Vitalícia, ressaltando as de assuntos voltados para a aposentadoria. O Brasil avançou, no sentido de se adequar ao fenômeno do envelhecimento brasileiro, quando em 1994 a Lei 8.842 estabeleceu a Política Nacional do Idoso, criando normas para os direitos sociais dessas pessoas, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Esse documento tem como objetivo criar condições para promover a longevidade com qualidades de vida, colocando em prática ações voltadas aos idosos e listando as competências das várias áreas e seus respectivos órgãos. A implementação dessa lei estimulou a articulação dos setores ligados ao envelhecimento para o lançamento, em 1997, do Plano de Ação Governamental para Integração da política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994; RODRIGUES et al.,2007).

Em 2003, após tramitar por sete anos no congresso, foi aprovado em setembro e sancionado no mês seguinte, o Estatuto do Idoso. Além de ampliar garantias à terceira idade, este documento veio instituir penas severas para o desrespeito e abandono à pessoa idosa. É uma conquista importante no campo do respeito aos direitos humanos e no aspecto da dignidade da pessoa humana. Mesmo com o distanciamento da lei e da prática, vislumbram-se iniciativas como essa para mudar o olhar sobre o processo de envelhecimento dos cidadãos brasileiros (BRASIL, 2003; ROCHA; ROCHA, 2012).

Iniciativas que perpassam pelo campo da saúde, de forma que o MS lançou planos ministeriais que têm como ações prioritárias a área da pessoa idosa, envolvendo ações mais amplas de promoção da saúde.

### 3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E HISTÓRIA

As mudanças demográficas e epidemiológicas em relação à pessoa idosa acarretaram mudanças significativas, no que se refere à estruturação de políticas para organizar as ações de saúde a esse grupo, em nosso país. A necessidade de rever os modelos assistenciais para atender aos “mais velhos” e repensar as práticas de cuidado a essas pessoas resultaram na construção de documentos que ressaltam pontos essenciais

sobre a melhoria das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

O entendimento sobre promoção da saúde vem evoluindo nos últimos 25 anos, citados pela primeira vez por Wislow (1920) citado por Buss (2009, p. 21), o qual coloca que “a promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal”, até ser compreendido como um “enfoque político e técnico” do processo saúde-doença-cuidado.

Leavell e Clark (1965) utilizaram o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três ‘níveis de prevenção’, os quais foram denominados de prevenção primária, secundária e terciária. “Dentro desses três níveis de prevenção, existiriam pelo menos cinco componentes distintos, nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural”, componentes esses que são a promoção da saúde e proteção específica (na primária), diagnóstico e tratamento precoce (na secundária) e reabilitação (na terciária) (BUSS, 2009, p. 21-22).

Essa “reconceituação” do significado de “promoção da saúde” se consolidou a partir do moderno movimento de promoção da saúde no Canadá, em 1974, com a divulgação do “Informe de Lalonder”, representando marco de referência para as políticas de saúde, o seu “eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar os componentes individuais não saudáveis” (BUSS, 2009; CARVALHO, 2007, p. 41).

O debater sobre a relevância e a necessidade de discussão e propor políticas para a implementação das ações de promoção da saúde foram realizadas pelas conferências internacionais: Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsval (1991), Jakarta (1997), México (2000), Bangkok (2001) e Nairóbi (2009) (BRASIL, 2001; BUSS, 2009; BRASIL, 2011).

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, enfatizou a relevância da atenção Primária em saúde defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), discutida em Alma-Ata, em 1978, sendo elaborada a Carta de Ottawa que ampliou o conceito de promoção da saúde para além de um estilo de vida saudável, indicando ser necessário para alcançar a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos

sustentáveis, justiça social e equidade. Isto é, ponderando as influências das condições socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde e doença de uma população.

A promoção da saúde, definida pela Carta de Ottawa, é entendida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (...)”, enfatizando ainda que a saúde “é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2001, p. 19-20).

A definição chama a atenção para o almejado protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam ‘empoderadas’, isto é, desenvolvam conjuntamente a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades, enquanto ativas referências para o desenvolvimento das ideias promotoras de saúde do mundo (ARAÚJO; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2013, p. 634).

Em seguida, em Adeleide (Austrália), a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, voltou-se às políticas públicas saudáveis, identificando quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e ambientes saudáveis. Sendo o último ponto levado à tema central na Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Sundsval, onde salientaram quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor da saúde: a “dimensão social”, que inclui “a maneira pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde”; a “dimensão política”, requerendo dos governos “a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades”; a “dimensão econômica” que propõe o “reescalonamento dos recursos para alcançar saúde para todos e o desenvolvimento sustentável”; e por fim, “a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico” (BRASIL, 2011;BUSS, 2009, p. 34).

Em Jacarta (Indonésia), em 1997, a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi a primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. A Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde amplia as precondições para a saúde estabelecidas em Ottawa: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz para

as mulheres, ecossistema saudável, uso sustentável dos recursos naturais, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. “Outra reafirmação da conferência diz respeito à posição central da participação popular e do *empowerment*, realçando, para isto, a importância do acesso à educação e à informação” (BRASIL, 2001; BUSS, 2009, p. 35).

Apesar de conferir expressiva melhoria no campo da saúde e no acesso aos serviços dessa área, houve debate sólido, na V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no México em 2000, acerca de diversos problemas que ainda persistiam, dificultando o desenvolvimento social e econômico em diversos países, sendo recomendada “a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde” (BRASIL, 2011, p. 161).

Em 2005, em Bangkok, Tailândia, realizou-se a VI Conferência Global de Promoção da Saúde, em que “foram identificadas as ações para abordar os determinantes da saúde por intermédio da promoção da saúde e alguns fatores críticos que influenciam a saúde”, sendo recomendadas propostas “para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, através de intervenções efetivas do setor saúde”, a fim de que avanços fossem obtidos na implementação das ações de promoção da saúde e complementou os valores e princípios da promoção da saúde, estabelecidos pela Carta de Ottawa para promoção da saúde (BRASIL, 2011, p. 162).

Em novembro de 2009, em Nairóbi, realizou-se a VII Conferência Global de Promoção da Saúde, no Quênia, em que reafirmaram os compromissos das conferências anteriores, com tema intitulado: “Promovendo Saúde e o Desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação” (BRASIL, 2011).

Em relação às ações de promoção da saúde da pessoa idosa, além da Política Nacional do Idoso, em 1994, que apontou aspectos referentes à promoção da saúde na terceira idade, em 2006, diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão de 2006, lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em que se destacam as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área Geriatria e Gerontologia; divulgação e informação sobre as políticas para essa população; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Ainda, em 2006, publicou-se a Política

Nacional da Pessoa Idosa que reafirmou o compromisso da gestão na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde. Dentre as suas diretrizes estão: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

A partir desses documentos, percebe-se preocupação em investir na atenção à saúde dos mais de 60 anos, sobressaltando a necessidade de organizar uma sociedade que atenda a esse novo perfil. A promoção da saúde nesse grupo pode ser trabalhada de diversas formas, com múltiplos olhares profissionais, sejam esses das mais diversas categorias. Na saúde, a preocupação com a promoção se destaca no sentido de modificar o futuro a partir das reflexões dos idosos do presente, buscando uma qualidade de vida para as gerações que chegaram ao envelhecimento, sendo esse vislumbrado como “ativo e saudável”.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO

Realizou-se pesquisa do tipo exploratória, com abordagem qualitativa. No que diz respeito às pesquisas qualitativas, corrobora-se com Minayo (2010), quando afirma que este tipo de abordagem se preocupa com um universo que não pode ser quantificado, pois envolve a investigação de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sendo questões muito particulares e não podendo se reduzir à operacionalização de variáveis.

Nas pesquisas do tipo exploratórias, a principal finalidade é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com objetivo de formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2011).

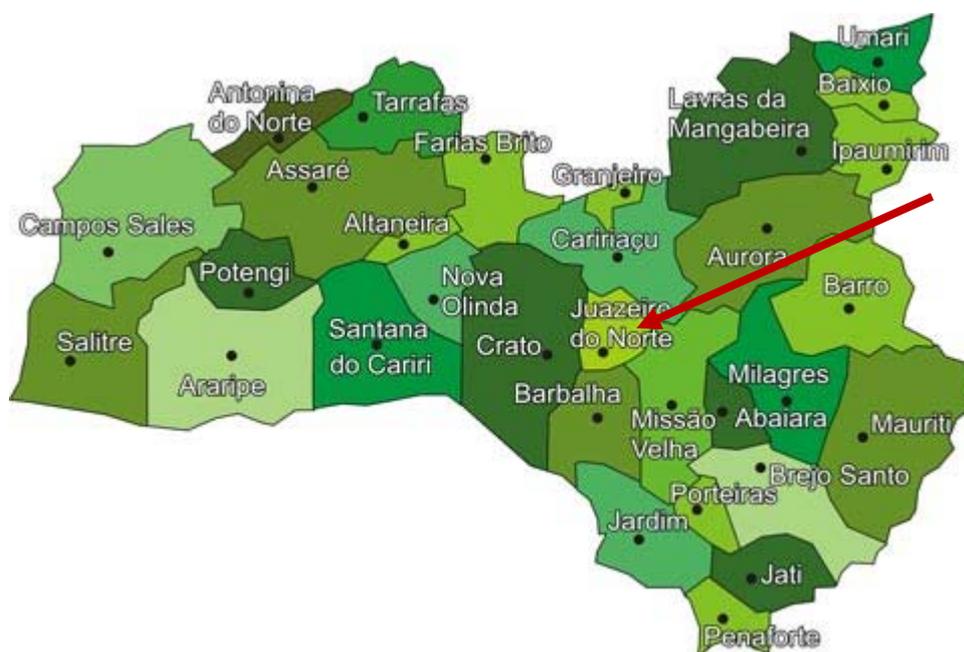
### 4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Juazeiro do Norte, situado na região do Cariri, ao sul do Ceará, com área total de 248.558 km<sup>2</sup>, sendo o segundo município do Estado em desenvolvimento. A sede do município possui área estimada de 141Km<sup>2</sup>, correspondendo a 60% da área total. A população é estimada em 249.939 habitantes. A taxa de urbanização é de 95,3% (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

Juazeiro do Norte era, inicialmente, um distrito da cidade vizinha Crato, antigamente conhecida como Vila de Tabuleiro Grande, até que Padre Cícero fixou-se como pároco do lugarejo e tempos depois foi responsável pela emancipação e independência da cidade, ocorrida em 22 de julho de 1911. O nome da nova cidade remete à árvore típica da região, Juazeiro. Hoje, a cidade é considerada um dos maiores centros de religiosidade popular da América Latina, atraindo milhões de romeiros todos os anos, por conta dos inúmeros milagres alcançados atribuídos ao Padre Cícero. Exerce forte influência sobre todo o sul do Ceará, e áreas dos Estados de Pernambuco, Piauí, Paraíba e Rio Grande do Norte, sendo importante centro de compras e serviços regionais. Todo esse desenvolvimento resultou em uma integração com os municípios de Crato e Barbalha, que juntas formam a chamada ConurbaçãoCrajobar (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

Juazeiro do Norte hoje faz parte da Região Metropolitana do sul do Estado. O Cariri Cearense costuma ser visto como um tipo de oásis no Sertão, tanto do ponto de vista ecológico quanto climático e hidrográfico. Também, por critérios culturais, geralmente é classificado como região especial, diferente do ambiente cultural sertanejo.

O Polo Cariri Cearense ocupa uma área de 6.342,3km<sup>2</sup>, correspondente aos municípios de Abaiara, Barbalha, Brejo Santo, Crato, Jardim, Juazeiro do Norte, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Porteiras e Santana do Cariri.



**Figura 1 - Mapa da Região Metropolitana do Cariri no Sul do Ceará.**

Fonte: [http://sifeufccariri.blogspot.com.br/p/o-cariri\\_12.html](http://sifeufccariri.blogspot.com.br/p/o-cariri_12.html)

A referida cidade conta com 30.227 pessoas acima de 60 anos cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) até maio de 2012, sendo 12.104 do sexo masculino e 18.123 do sexo feminino (SIAB, 2011).

A população desse município se caracteriza por ser flutuante, devido às manifestações de fé pelo Padre Cícero Romão Batista, de milhares de “romeiros” que visitam a cidade devido às cinco romarias do ano, assim o contingente populacional desse município sofre oscilações, agregando um número crescente de pessoas que acabam por adotar como “lar” a cidade.

Devido a essa característica, torna-se relevante apresentar dados do IBGE (Quadro 1) para análise da população a partir de 60 anos do referido município, a fim de contextualizar a importância da temática voltada para a discussão da promoção da saúde

a essa população específica. Observa-se que a população de Juazeiro do Norte com idade cronológica acima de 60 anos corresponde a 9,32% da população geral, destacando um contingente maior do sexo feminino ao masculino. Contrapondo-se a apresentada pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (2011), sendo de 11,56% semelhante aos dados nacionais.

<b>População por faixa etária (anos)</b>	<b>Sexo feminino</b>	<b>Sexo masculino</b>
60 a 64	4.291	3.131
65 a 69	3.498	2.534
70 a 74	2.988	2.039
75 a 79	2.166	1.364
80 e mais	2.819	1562
<b>Total geral</b>	<b>15.762</b>	<b>10.630</b>

Fonte: IBGE, 2010.

Quadro 1 - População por sexo e faixa etária de pessoas acima de 60 anos no município de Juazeiro do Norte, Ceará.

A Atenção Básica (AB) em Juazeiro do Norte é organizada em seis distritos, possuindo 64 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), correspondendo a 86,96% de cobertura, 34 Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade I (sem Técnico de Higiene Dental – THD), 530 agentes comunitários de Saúde (ACS) (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

O estudo aconteceu no Distrito V, o que possui maior número de pessoas a partir de 60 anos (8.022), segundo dados do SIAB (2013). Este conta com treze equipes da ESF.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) das equipes da ESF que se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo estes: ser profissional de nível superior (médico, enfermeiro e dentista), com tempo de no mínimo um ano na unidade da ESF atual, permitindo que os sujeitos pesquisados representassem uma visão mais abrangente do trabalho com idosos envolvendo a promoção da saúde. Dos trinta e três (33)

profissionais do distrito selecionado, vinte e dois (22) se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) contratados ou que, mesmo com o concurso, estivessem há menos de um ano na equipe da ESF atual, também aqueles que estiverem afastados por motivo de licença de qualquer natureza.

Dessa forma, três (3) profissionais foram excluídos por ter menos de um ano na ESF atual, e três (3) por não aceitarem participar da pesquisa. Finalizando com dezenove (19) participantes (nove enfermeiros, quatro médicos e seis dentistas).

Foram atribuídos nomes de anjos (ANEXO B) para preservar o anonimato dos mesmos.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi enviada solicitação à Secretaria de Saúde do Município de Juazeiro do Norte (APÊNDICE A) para anuência do secretário de saúde, a fim de concordar com as etapas de investigação do estudo.

Para etapa de coleta dos dados, foi utilizado roteiro para uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), na qual constam tópicos com perguntas-chave, de modo a permitir a facilidade para abertura, ampliação e aprofundamento do diálogo com os sujeitos participantes (MINAYO, 2010) Estas foram gravadas, previamente foram acordados data, horário e local para a sua realização e obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), por todos os participantes. Tiveram uma duração média de sete (7) a trinta (30) minutos, totalizando quatro horas de gravação, sem maiores dificuldades no processo de execução.

Utilizou-se a observação simples, muito utilizada em estudos exploratórios de caráter qualitativo (GIL, 2011). Podem-se verificar características da unidade de saúde, expressões de sentimentos pelos participantes, contradições entre as falas de profissionais de uma mesma unidade básica de saúde, pontos elementares e relevantes para a fase de análise.

Antecedente a esta etapa, foi realizado pré-teste do roteiro, com um profissional de cada categoria profissional que compunha a ESF, um médico, um enfermeiro e um dentista, que atenderam aos mesmos critérios de inclusão do estudo. Não houve necessidade de reorganizar o instrumento de coleta.

Segundo Minayo (2010, p. 192), o pré-teste consiste em realizar “... entrevistas com alguns interlocutores-chaves, o que contribui para tornar mais clara e precisa a lista de temas e aspectos a serem conversados durante o trabalho de campo”.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

À medida que foram sendo realizadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra e organizadas a partir das fases de Análise de Conteúdo de Bardin (2010), que são a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados; a inferência; e a interpretação.

Para a autora supracitada, “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2010, p. 38).

Operacionalmente, a primeira etapa é a pré-análise que se decompõe em três tarefas, a leitura flutuante do conteúdo das informações obtidas; constituição do *corpus*, que retrato o universo estudado como um todo; e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

A leitura flutuante estabelece “contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações”, o *corpus* “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2010, p. 96).

Nessa fase de análise, são determinadas as unidades de registro, de contexto, os recortes, as formas de categorização a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que irão orientar a fase de análise do material coletado (MINAYO, 2010).

Em seguida, tem-se a fase de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A partir disso, o pesquisador “(...) propõe interferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente (...)” (MINAYO, 2010, p. 318).

Por meio da análise de conteúdo, podem-se verificar as hipóteses, em que serão buscadas as respostas para as questões, sendo confirmadas ou não, e ter a possibilidade da descoberta do que não é aparente, mas do que se mostra encoberto pelas falas dos sujeitos.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais sobre as pesquisa que envolvem seres humanos, atendendo a Resolução 466/2012. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e enviada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como cumprimento das normas de estudos que envolvem seres humanos, sendo aprovada conforme parecer número 501.675, no dia 16 de dezembro de 2013 (ANEXO A).

Para preservar o anonimato dos participantes, estes foram codificados por nomes de anjos (ANEXO B), com a finalidade de não estabelecer ligação da profissão e sexo dos mesmos. A participação dos profissionais foi firmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo explicado todo o procedimento da pesquisa.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os profissionais participantes do estudo (quatro médicos, nove enfermeiros e seis dentistas) eram, em grande maioria, especialistas (17), nas mais diversas áreas, destacando-se a da Saúde da Família (10), associadas a outras, como: Medicina de Família e Comunidade (2), Saúde Pública (2), Administração Hospitalar (2), Prótese (2), Periodontia (1) Enfermagem em Terapia Intensiva (1), Enfermagem do Trabalho (1), Medicina do Trabalho (1), Enfermagem em Nefrologia (1). Apenas dois profissionais possuíam mestrado (Saúde da Criança e do Adolescente) e um estava cursando Mestrado em Ciências da Saúde.

Quando questionados sobre a participação em eventos envolvendo a temática (Saúde da Pessoa Idosa), oferecido pelo município, 15 profissionais afirmaram nunca ter participado, dos demais, quatro profissionais, três participaram de um encontro de dois dias promovido pela Secretaria de Saúde do Estado e município e um afirmou ter realizado um curso sobre “Saúde Bucal no Idoso” pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO).

Apesar de a grande maioria dos profissionais do estudo ser especialista na área de Saúde da Família, a área de Geriatria e Gerontologia possui diversos contextos teóricos que podem ser contemplados na atuação prática desses trabalhadores, possibilitando atuação mais embasada, dentro dessa fase do ciclo de vida, a fase idosa.

A qualificação profissional é uma premissa para atuação com excelência no campo prático. Os participantes entrevistados concluíram especializações para atuarem na ESF. Contudo, dentro do contexto da Saúde da Pessoa Idosa, observando suas peculiaridades, percebeu-se a necessidade de oportunidades para ampliar o conhecimento nessa área, assim como criar espaços para a troca e discussão de experiências práticas na atuação das equipes da ESF com esse público. Como expressa a fala de um participante entrevistado:

*... deveria ter capacitação, com certeza! Porque é algo que muda muito! Que experiências de outras pessoas enriquecem? ... por exemplo, eu não tenho espaço físico, mas vem uma pessoa e te dar uma ideia! São esses momentos de encontro que agente discute com os colegas que agente tem “os estalos” e está conseguindo algo diferente... (BARMAN).*

Percebeu-se a necessidade da implementação da educação permanente no município estudado, em relação à temática aqui abordada, como revelou:

*... falta da educação permanente, que agente tem que ter compromisso com isso, se isso fosse importante para eles, para o município, eles estariam capacitando agente melhor nessa área. Eles deveriam estar preocupados com isso. Nós teríamos idosos muito mais ativos do que nós temos hoje!*  
(DINIEL)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ampliou o conceito de Educação Permanente (EP), na perspectiva do campo da saúde, pois deixa de ser compreendida apenas como a relação entre o ensino e ações de serviço, fazendo a articulação entre a docência e a atenção à saúde, passando a designar as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (ANDRADE; MEIRELES; LANZONI, 2011).

Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p. 21).

Necessitando haver ruptura da lógica da compra e pagamento de “cursos ou treinamentos” educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ênfase nas demandas por mudanças e melhoria institucional a partir da análise dos processos de trabalho, dos problemas locais e reais, de modo a enfrentar os desafios.

Em relação ao tempo de atuação na ESF, sete estavam em um período de cinco a 10 anos no município e nove há mais de 10 anos. Destes, seis atuavam na equipe da ESF atual de um a quatro anos; onze de cinco a 10 anos; e somente um atuava há mais de dez anos na mesma equipe.

O estabelecimento do vínculo e responsabilização pela equipe da ESF estão contemplados nos princípios e nas diretrizes gerais da AB, o tempo de atuação da equipe é um dos pontos a ser considerado, pois conhecendo o território para o planejamento das ações coordenadas e estímulo à comunidade na participação da elaboração e execução dessas, possibilitará a equipe o desenvolvimento de estratégias e

ações no âmbito da promoção da saúde, pois o vínculo consiste relações de afetividade e confiança entre os usuários e os profissionais de saúde permitindo que a responsabilização com a saúde seja compartilhada, trazendo ainda um grande potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

## 5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

A Promoção da Saúde entendida como, segundo Carvalho (2007, p. 58), como “o processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde” e, assim, possibilite melhor qualidade de vida, foi o ponto de partida deste estudo. Procuraram-se, por meio de profissionais da ESF, inseridos em um modelo que busca o emponderamento do sujeito, como os mesmos compreendem a promoção da saúde, e a partir disso as ações que eram realizadas.

Emergiu do estudo duas categorias temáticas, intituladas: compreensão dos profissionais da ESF sobre a promoção da saúde e ações de promoção da saúde na terceira idade, organizadas no Quadro 2. Com o propósito de demonstrar uma síntese das categorias e a relação entre as mesmas, foram construídos dois diagramas apresentados ao final de cada categoria.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>5.2.1 Categoria 1: compreensão dos profissionais da ESF sobre a promoção da saúde</b>	5.2.1.1 Subcategoria 1: promoção da saúde e a pessoa idosa: compreensão dos profissionais da ESF 5.2.1.2 Subcategoria 2: a pessoa idosa na visão dos profissionais de saúde
<b>5.2.2 Categoria 2: ações de promoção da saúde na terceira idade</b>	5.2.2.1 Subcategoria 1: dificuldades para realizar ações de promoção da saúde na terceira idade

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Quadro 2 - Relação das categorias e subcategorias emergidas.

### **5.2.1 Categoria1: compreensão dos profissionais da ESF sobre a promoção da saúde**

Iniciou-se o diálogo com os participantes com um questionamento sobre a compreensão de promoção da saúde, sendo revelados diversos olhares, dentro os quais a concepção de prevenção, educação em saúde e qualidade de vida se destacaram, contudo o autocuidado, a fuga da medicalização, a cultura de paz e a troca de saberes, também, ganharam destaque nas falas analisadas. Vejamos os relatos que se seguem:

*... a promoção da saúde engloba muito a prevenção, ... depois vem o tratamento, a cura e assim sucessivamente (AMITIEL).*

*... levar informações a respeito do seu estado de saúde ... prevenir as doenças, como também tratar as doenças ... para que ela tenha condições de perceber se tem fator de risco e a partir daí trabalhar as intervenções (LEO).*

Verificou-se que alguns participantes compreenderam a promoção da saúde como prevenção, primeiro estágio para evitar as doenças, como forma de intervir no processo de adoecimento. Os profissionais se embasaram no conceito de “prevenir e prever que algo aconteça, ou mesmo cuidar para que não aconteça...” (ROQUAYROL e FILHO, 1999, p.26), associando o contexto da promoção da saúde à “História Natural das Doenças”, proposta por Leavell e Clark, em 1976, que a dividiu didaticamente em três níveis: primária, secundária e terciária, sendo a promoção da saúde uma das fases da prevenção primária, em que se teria que intervir no período pré-patogênico.

Para Czeresnia (2009), a prevenção engloba o controle de transmissão de doenças infecciosas, redução do risco de doenças degenerativas, ou seja, suas ações estão dirigidas para reduzir a incidência e a prevalência de doenças específicas na população. Por outro lado, a promoção envolve a ideia de fortalecer a capacidade individual e coletiva do sujeito para que este possa lidar com as desigualdades dos condicionantes sociais. A promoção leva o indivíduo a uma mudança de hábitos de vida, melhorando sua qualidade de vida, esta veio como crítica ao modelo biomédico hegemônico e sua insuficiência para enfrentar e resolver os complexos problemas da população.

A promoção da saúde vem acompanhada da concepção de que o sujeito deve ser emponderado, e para isso, a sua participação ativa nas decisões sobre a sua saúde e de seu território é fundamental. O termo “*empowerment*” é um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave para promoção da saúde e a partir dele se “pretende capacitar e (ou) possibilitar que os indivíduos e coletivos se preparem para responder, de maneira criativa, os desafios biopsicológicos e sociais da vida social”

(CARVALHO, 2007, p. 62). Para haver o “sujeito emponderado”, uma das premissas é existir a participação comunitária, no processo de planejamento e execução das ações de saúde.

Percebeu-se a compreensão relacionada a uma tentativa de emponderamento, ou seja, os profissionais revelaram a necessidade de orientar para que as pessoas tenham a noção e a condição de se cuidar, sendo esse cuidado qualificado a ponto de modificar sua condição de saúde. Apesar de tímida, esse olhar pode revelar o interesse por parte das equipes no desenvolvimento de estratégias que possam permitir que o indivíduo, dentro da sua comunidade, possa ser um agente transformador de sua condição e melhorar sua qualidade de vida. Como verificamos nos relatos a seguir:

*... é você orientar as pessoas a buscar melhorias, tanto do ponto de vista de já ter uma doença instalada... convivendo harmonicamente mesmo com um processo patológico associado (ADONAI).*

*... é um processo contínuo de orientações, de medidas que influenciem diretamente no autocuidado do paciente ... é um trabalho que você consegue ter resultados a longo prazo... (BARAKIEL).*

*... é você incentivar as pessoas a ter mais autocontrole na doença, saber se autocuidar, saber os cuidados pessoais que podem ter para adquirir uma saúde melhor, uma qualidade de vida melhor (RAFAEL).*

*... a promoção da saúde é fundamental, não vai mudar a conduta daquela pessoa, mas, pelo menos, vai levar ela decidir se aquilo é melhor ou não! (SABLO)*

Para isso, o emponderamento vai além de oferecer informações, “o indivíduo *empowered* deve ser capaz de analisar criticamente o contexto político e social ...” e assim conseguir se envolver em ações que o levem a uma mudança do seu *status quo* (CARVALHO, 2007, p. 62).

Importante ressaltar que o emponderamento e a participação social não devem ser separados, muito menos os profissionais assumirem uma condição de tutela do indivíduo, pois a garantia do acesso às informações e a ampliação do conhecimento em saúde sem que o mesmo não tenha a percepção de aumento de sua capacidade de controle e a perspectiva de mudança, pode-se resultar em uma sensação de impotência (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Ressalta-se que nas falas apresentadas os participantes colocaram o autocuidado como um aspecto essencial para promoção da saúde, necessitando de reflexão sobre seu significado.

Para Litivoc e Brito (2004), o autocuidado pode ser compreendido como as ações e decisões de uma pessoa para a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento de uma doença, ou seja, envolve todas as atividades individuais dirigidas à manutenção da sua saúde.

A Carta de Ottawa (1986) afirma que para assegurar oportunidades e recursos iguais de forma que os indivíduos sejam capacitados e consigam realizar completamente o seu potencial de saúde, fazem-se necessários ambientes favoráveis, acesso a esses ambientes, à informação e oportunidades para permiti-los fazer escolhas por uma vida mais saudável. Para que as pessoas consigam desenvolver o seu potencial de saúde, estas devem ser capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde (BRASIL, 2002)

É possível verificar, ainda, que os mesmos apontaram nas ações de educação em saúde um caminho para evitar esse adoecimento, identificando os fatores de risco, explicitado nos trechos a seguir:

*... na promoção entra a prevenção nas ações educativas, onde você tenta intervir antes do adoecimento da população, do doente (PUAH).*

*É um conjunto de ações para que a gente promova a saúde da população por meio da educação em saúde, do aconselhamento, acolhimento na unidade de saúde ... (MICHAEL).*

*... fazendo com que a doença não aconteça... buscando melhorar como um todo a saúde... é você realmente se doar ... acredito naquele conhecimento que é através da troca (DINIEL).*

A educação em saúde é uma ferramenta para a promoção da saúde, esta deve ser realizada em uma perspectiva transformadora, sendo o sujeito coparticipante do processo de transformação da sua realidade, com metodologias que busquem o desenvolvimento crítico do pensamento, de forma a valorizar suas experiências pessoais, sua cultura e história de vida. Necessário, pois, repensar práticas que envolvam a educação em saúde de forma dominadora ou com a finalidade de domesticar o sujeito para mudanças entendidas pelo pensamento dominante, profissional de saúde, como corretas e necessárias para se ter uma “saúde” adequada. O modelo de atenção proposta para a ESF agrega conceitos de Teorias da Problematização e Educação Popular em Saúde como necessária para o emponderamento do sujeito, sendo essencial para a promoção da saúde.

Os desafios da construção de novos paradigmas da promoção em saúde têm levado muitos profissionais a trabalhar de formas alternativas de educação em saúde referendadas na educação popular, e que envolvem compreensões plurais quanto à natureza e à extensão dos fenômenos, desde a ideia de classe subalternas – pobres, marginalizados, oprimidos e excluídos – e de todas as demais camadas da população... (ARAÚJO; ALMEIDA; NÓBREGA-TRETTIEN, 2013, p. 639).

A compreensão da promoção da saúde vem se ampliando desde a sua formulação inicial, pela Carta de Ottawa (1986), e pelos seguidos encontros e conferências internacionais que trataram do tema, objetivando diminuir as iniquidades e desigualdades sociais. O termo promoção da saúde foi usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, contudo, seu significado mais recente representa um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (LOPES et al., 2010; SASAKI; RIBEIRO, 2013; BUSS, 2000).

Dessa forma, deve ser compreendida para além dos cuidados clínicos que envolvem a manutenção da saúde e o adoecimento dos indivíduos. Os condicionantes pessoais, econômicos e sociais, associado ao potencial de participação do sujeito e comunidade para conseguir mudanças positivas no seu território, este visto como espaços não apenas geográficos, como também político, deve ser considerado.

*Acho que é não apenas os cuidados médicos, mas tudo o que cerca a pessoa, uma boa alimentação, uma boa moradia, o estilo de vida, isso tudo vai interferir na promoção da saúde, não é só a estrutura física do posto, nem só o médico, mas o ambiente que a pessoa vive e os cuidados preventivos (MINIL).*

A saúde é compreendida não apenas como a “ausência de doenças”, que necessitam de intervenções médicas, esta passa a ser “considerada o resultado de um processo de produção, um objetivo a ser alcançado por tecnologias e saberes que têm por objeto a doença em sujeitos concretos...”, o objetivo não é curar a doença, mas trabalhar de forma holística o “sujeito concreto, social e subjetivamente constituído” (CARVALHO, 2007, p. 75).

A compreensão de promoção da saúde como qualidade de vida se destaca nas falas:

*Uma qualidade de vida melhor para o paciente, de uma forma que ele possa levar em condições normais a sua vida do dia a dia (NANAEL).*

*Melhorar a qualidade de vida, que é o carro-chefe da história e não é só aquela história de só tratar a doença,... tem que ter responsabilidade com a área toda (BARMAN).*

A associação da promoção da saúde com a qualidade de vida, representadas por esses dois profissionais, remete à ideia de busca por melhorias, além do tratamento de doenças, ou apenas pelo de controle das mesmas. Promover saúde se enquadra na concepção de que a responsabilização com o território e pelos sujeitos que o habitam devem existir.

Acrescentado a isso o entendimento de que para se alcançar a promoção da saúde e a qualidade de vida desejável o sujeito necessita não apenas de cuidados clínicos e assistenciais, evidenciado na fala logo mais:

*... é lazer, é educação, é saneamento básico, envolvem todos esses aspectos associados, a gente não vai conseguir a saúde só resumindo ao olhar do PSF, a gente tem que ter uma visão associadas a essas outras áreas, trabalho, tudo isso tem haver com a questão da saúde, isso é uma peça fundamental para que o indivíduo possa vir ter uma saúde, uma qualidade de vida (SOPHIA).*

A promoção da saúde, entendida como a capacidade da comunidade de atuar para buscar sua melhoria de saúde, contribui diretamente para melhoria da qualidade de vida, esta compreendida não apenas como a melhoria individual, mas alcançando os aspectos ambientais, sociais, econômicos e culturais na vida dos sujeitos no seu território.

A noção de qualidade de vida configura-se, então, como uma relação entre a qualidade das condições de vida disponíveis (fatores ambientais, sociais e econômicos) e a qualidade dos estilos de vida escolhidos (fatores comportamentais), de maneira que é a percepção individual desses elementos que os articula (GIMENES, 2013, p. 293).

Percebeu-se que, além da visão da promoção da saúde como qualidade de vida, nas falas, elucidaram a compreensão de outros pontos para alcançar a saúde, segundo a Carta de Ottawa, como “a paz (desenvolvimento da cultura de paz), criação de elementos favoráveis a saúde, desenvolvimentos de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde” (BUSS, 2000, p. 167). Depoimentos a seguir confirmam o exposto:

*Promoção da saúde é você concentrar todos os fatores que são referentes à saúde em um contexto ampliado que vai desde a saúde física do indivíduo, até ao acesso, ao transporte, educação, lazer, práticas de políticas de paz, então eu vejo como um aspecto mais ampliado no conceito de saúde. Promover saúde é você promover cultura de paz, é favorecer o cidadão ater acesso a transporte de qualidade, lazer, enfim (HAMON).*

*... precisava ver não só a saúde dele física, como a saúde mental e a saúde de modo geral (PATHIEL).*

*... promover a saúde, para melhorar o bem-estar, não só fisicamente, esteticamente, mas psicossocialmente (DUMAH).*

Oposto ao pensamento dos participantes citados, percebe-se compreensão de promoção da saúde ainda associada ao modelo “medicalocêntrico”, voltado para atenção “compartimentalizada”, sendo a assistência realizada por grupos considerados de risco, contrariando a visão integral da mesma, como verificamos logo a seguir com o depoimento:

*... é série de atendimentos que a gente faz nas diversas áreas médicas, na saúde do idoso, na gestante, adolescente (RAHMIEL).*

Necessário se faz discutir mais amplamente o conceito de promoção da saúde, a fim de que a compreensão desta seja embasada nos seus documentos sustentadores, sendo assim efetivamente construída a partir da atuação no território de profissionais, gestores e usuários.

#### 5.2.1.1 Subcategoria 1: promoção da saúde e a pessoa idosa

Quando questionados sobre a compreensão dos profissionais acerca da promoção da saúde em relação à pessoa idosa, a princípio, perceberam-se dificuldades em relatar sobre a indagação. Os participantes, em grande maioria, expressaram angústias em relação à especificidade da temática.

Compreende-se este fato, considerando ser uma área ainda com muito a se conhecer, principalmente no Brasil, pois, somente no Século XX, com as mudanças no quadro epidemiológico e demográfico mundial, o “homem” iniciou seus estudos sobre o fenômeno do envelhecimento. Até os anos de 1980, essa temática era tímida, quase imperceptível, em uma sociedade capitalista com a força do trabalho sendo destaque para a economia, as pessoas com idades mais avançadas eram consideradas improdutivas (VERAS, 2006).

No Brasil, ancorados aos documentos das conferências internacionais que trouxeram a discussão sobre a promoção da saúde, o MS iniciou a elaboração de políticas destinadas a trabalhar com a temática “Promoção da Saúde” e “Pessoa Idosa”,

sendo que alguns princípios relacionados à saúde dos idosos foram apontados como fundamentais para que as suas diretrizes alcançassem êxito, como: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

O documento da Política Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006c, p.?) apresenta como propósito:

... promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhe a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Os relatos dos participantes, apresentados ao logo dessa categoria, em relação à promoção da saúde da pessoa idosa, assemelham-se à compreensão das diretrizes, ou seja, os meios que podem motivar a melhoria da saúde, trazendo os sentidos de promoção da saúde na terceira idade, como ter, ou levar a ter, uma qualidade de vida; prevenção dos agravos e doenças específicas nessa faixa de idade; necessidade de orientação em saúde; ser um “atendimento e assistência de qualidade”, equiparando-se à categoria já discutida. Outros relataram compreenderem como a manutenção da independência funcional da pessoa idosa e procurar ter uma visão holística do cuidado.

A melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa apareceu nas falas de alguns participantes.

*... melhorar a qualidade de vida do idoso, eu acho que deve prorrogar essa vida, mas uma vida ativa, sem dependência... (Barman).*

*... começar a educar desde o atendimento quando vai para a unidade de saúde... orientando como ele (o idoso) deve ter uma qualidade de vida... (Amitiel).*

Observou-se que os profissionais associaram à vida ativa, sem dependência, a uma melhor qualidade de vida, resultando na promoção da saúde desse indivíduo, sendo que para acontecer isso, deve-se orientá-lo para que o mesmo tenha qualidade de vida satisfatória.

A participação ativa das pessoas idosas é essencial para o alcance desses objetivos, gestão e profissionais irão alcançar essas metas, se o público-alvo reconhecer como importante tais medidas, assim, o envolvimento da população de 60 anos e mais nessa discussão é fundamental.

A compreensão de manutenção da independência como um meio de favorecer a sua cidadania, levando-os a manterem-se produtivos na sociedade, e assim ser capaz de promover a saúde também foi colocada nas falas dos profissionais pesquisados como demonstra o relato a seguir:

*... favorecer a independência do idoso, não tirar a cidadania do idoso, ...apesar de ser um público que exige um pouco mais de cuidados de saúde, ... ele deve ser o mais independente possível, então promover saúde na relação do idoso é protegê-lo de violência, ... no sentido de não excluí-los da sociedade, deixá-los ainda como sujeitos produtivos, ativos no seu cuidado, ativos na sua comunidade... (HAMON).*

Importante ressaltar que alguns entrevistados reconheceram que para a promoção da saúde na terceira idade, necessário se faz a mudança do olhar dos profissionais da Atenção Básica, sendo fundamental a compreensão do idoso diferente de uma pessoa que possui apenas doenças e que essas lhe causam sofrimento e incapacidades, evidenciado no relato que se segue:

*Para promover a saúde do idoso, a gente tem que ver o idoso como um todo, a gente trabalha na Saúde da Família a saúde do idoso por partes, idoso hipertenso, idoso diabético, o idoso que toma algum psicotrópico, a gente não ver o idoso, ver partes do idoso, então teria que ter um conhecimento mais amplo e mais tempo disponível para esse idoso, para trabalhar ele de forma geral, tanto em relação às prevenções das patologias como em relação à socialização desse idoso... (PATHIEL).*

O estereótipo da imagem da pessoa idosa como alguém que perdeu a sua capacidade e estar incapaz de cuidar de sua saúde, pode influenciar nos modos como os próprios idosos e os profissionais venham a trabalhar a promoção da saúde nesse grupo específico, pois se deve reconhecer a potencialidade desse grupo na participação ativa na sociedade e sendo capaz de transformar a sua realidade. À medida que os profissionais percebem a pessoa de 60 anos e mais apenas como portadoras de doenças crônicas e incapacidades pela senilidade, as ações curativas e de recuperação da saúde irão se sobressair das de promoção e prevenção. A imagem da população idosa associada a pessoas que necessitam de ajuda, como dependentes do cuidado, podem

resultar em atitudes que ressaltem a medicalização e outras medidas estritamente voltadas ao processo do adoecimento.

O processo de envelhecimento não deve ser visto apenas como resultado de alterações fisiológicas, mas, também, como um fenômeno influenciado pela cultura. Uma visão negativa e deficitária da fase idosa, muito presente no Ocidente, resulta de uma sociedade focada nos modos de produção para o lucro, para a juventude, cujo dinamismo no fazer é preponderante (FERREIRA et al., 2010).

As autoras supracitadas colocam ainda que educação para a compreensão dessa etapa da vida deve ser discutida nos diversos espaços para uma construção positiva do envelhecimento. Sendo iniciada na família, em que todos os membros possam compartilhar de experiências e afeto. Nos espaços escolares, com a organização de grupos intergeracionais, por meio de rodas de conversas e construção de espaços de trocas com idosos da própria comunidade, sendo importante o debate de inclusão de temas sobre o envelhecimento nos currículos escolares. E, nos espaços de trabalho, com a valorização de habilidades e experiências adquiridas no decorrer da sua vida, sendo necessária preparação mais adequada para aposentadoria.

A discussão sobre o emponderamento não pode ser restrita a grupos populacionais compreendidos como “ativos”, “empreendedores”, “saudáveis”, excluindo os que se consideram “incapazes”, “fragilizados”, “inativos”. A necessidade de reconhecer a população idosa como um grupo populacional cada vez mais crescente e com potencialidades a serem trabalhadas e desenvolvidas é emergente.

Flery-Teixeira et al (2008, p. 2118) colocam que “a promoção da saúde busca a ampliação da autonomia do indivíduos e comunidades; esse é, a nosso ver o cerne da proposição de *empowerment* individual e coletivo”.

Alguns dos entrevistados relataram a importância da parceria entre a equipe da ESF e a família, como também sinalizaram ser importante a participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros setores, como a educação, ação social, para promoção da saúde da pessoa idosa.

*... penso que ainda fica muito carente, têm umas parcerias que eu acho bem interessante ... desenvolvem um trabalho, atividade física, caminhadas, alongamento, buscando uma melhor qualidade de vida para os idosos (SOPHIA).*

*A Promoção da Saúde na terceira idade engloba vários setores... são necessárias pessoas, os filhos estar acompanhando essa pessoa, e não só*

*uma equipe de Saúde da Família que tem que acompanhar, que tem de promover... (ADONAI).*

O “*empowerment*” não pode ser visto apenas como uma “circunstância desejável, mas uma condição indispensável para viabilidade e efetividade das políticas públicas” (BUSS, 2000, p. 174), necessário para a sua concretização parcerias entre setores sociais, econômicos, religiosos, enfim parceiros que intersetorialmente consolidem as políticas para a efetivação da promoção da saúde.

#### *5.2.1.2 Subcategoria 2: a pessoa idosa na visão dos profissionais de saúde*

A leitura das falas dos participantes remeteu à necessidade de discussão sobre como estes “enxergam” a pessoa idosa, pois, perceberam-se nuances na visão de ser “um idoso”, especialmente centrados na concepção de serem pessoas vulneráveis, portadoras de doenças crônicas, excluídas da sociedade e de sua família, que sofrem devido à condição de senilidade, e que isso é um resultado de um estilo de vida. Apenas um participante, na fala a seguir, demonstrou visão positiva em relação aos idosos, de trabalhar com idosos.

*... Eles são muito prestativos, você diz as orientações e lês seguem tudo a risca, é fácil, eu gosto de lidar com eles! (Amitiel)*

O entrevistado ressaltou qualidades que considerava importante para trabalhar esse grupo etário, pois se deve pensar o outro em uma perspectiva crítica e transformadora, diferente de apenas “seguir tudo a risca”, isso pode conotar uma percepção de envolvimento e participação em ações educativas, para promoção da saúde, como positivo pelo profissional, mas a criticidade, o questionamento e a adequação dessas informações são necessários para que o indivíduo perceba como importante para a sua condição de saúde e qualidade de vida.

Para uma atitude proativa dos profissionais em relação à população geriátrica, faz-se necessária política de saúde no município, resultando em ações exitosas de todos os setores ligados à promoção da saúde. Contudo, os entrevistados sinalizaram fragilização dessas políticas dentro do setor saúde, apontando a necessidade de fortalecimento das estratégias de acompanhamento das necessidades desse público.

*... ele é um público muito vulnerável, e hoje eu diria que o sistema de saúde ele ainda não se encontra devidamente atento, eu diria até não preparado para enfrentar as necessidades específicas dessa população (KALAZIEL).*

As políticas de saúde têm a função de contribuir para o alcance do melhor estado de saúde possível, “... Se considerarmos saúde de forma ampliada, tornam-se necessárias mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa” (CIOSAK et al., 2011, p. 1766). O envelhecimento não deve ser visto como uma incapacidade de modo que as pessoas sexagenárias deixem de realizar suas atividades, mas buscar meios de se adequar às suas limitações, contudo, torna-se necessário preparar esse público para um envelhecimento ativo bem sucedido (BEZERRA et al., 2009; ALENCAR et al., 2010; ALMEIDA et al., 2012).

Outros participantes se referiram à população idosa como portadoras de DCNT, principalmente a Hipertensão Arterial e Diabetes, expondo uma concepção de um grupo etária necessariamente doente ou acometido por uma afecção crônica, demonstrados nos depoimentos que se seguem:

*... são aqueles que mais procuram a unidade, porque já tem algum problema crônico, é uma hipertensão, diabetes, osteoporose, já esse grupo que agente aborda nessa faixa etária...(DINIEL).*

*... porque a população idosa acomete muito a hipertensão, diabetes...(MICHAEL).*

*... quando a gente chega numa certa idade, uma série de doenças podem acontecer, como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças relacionadas também à saúde bucal... (NANAEL).*

Sabe-se que à medida que a população envelhece, a incidência e prevalência das DCNT aumentam, resultado de alterações no metabolismo orgânico do indivíduo, e que podem ser evitadas, pois seus determinantes não se restringem à fatores genéticos ou à idade, devem-se, também, a fatores de risco ambientais e comportamental (OLIVEIRA; MENEZES, 2011; GONDIM et al., 2012). No estudo de Alencar et al. (2010), sobre a percepção dos profissionais da ESF a respeito da atenção à pessoa idosa, as ações estavam centradas especialmente na recuperação e tratamento, pela grande demanda do programa HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica), que objetiva o acompanhamento e controle da Hipertensão arterial e Diabetes. Realidade semelhante no município estudado.

A temática envelhecimento é complexa, pois, que todas as fases do ciclo vital tem a sua complexidade. Tornando necessária a reflexão, pois ao considerar a velhice como sinônimo de doença, privação, dependência, tristeza, frustração, levando a pensar ser o idoso, a população geriátrica, um fardo pesado para a sociedade e os “mais ativos”, as intervenções voltadas à medicalização irão se sobressair em relação as de promoção da saúde para esse grupo etário. Pois, “O que torna a velhice sinônimo de sofrimento é mais o abandono que a doença; a solidão que a dependência...” (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 14).

A visão da pessoa idosa excluída pela sociedade, imposta pelo sistema econômico em que vivemos, e por ser alguém com muita experiência a ser compartilhada, emergiu nas falas de alguns profissionais entrevistados.

*... Quando você vê que o idoso é alguém que tem a capacidade de está passando experiência para ensinar, nem sempre ele é incluído nesse processo... (BARMAN).*

*... o idoso ele é um pouco esquecido, enquanto a gente é jovem, enquanto é produtivo, temos várias pessoas ao nosso redor, mas quando agente deixa de ser produtivo, então geralmente as pessoas mais jovens elas se afastam, porque elas ainda estão na fase de produção... (ADONAI).*

O avanço tecnológico trouxe a modernidade e a oportunidade de experimentar o novo de forma rápida, em um mundo cibernético, quase não há espaço para o que não é atual. Esses avanços contribuiram para o controle das doenças transmissíveis e endêmicas, para o diagnóstico e tratamento de doenças crônicas, favorecendo o aumento da esperança de vida ao nascer, resultando no envelhecimento populacional.

Contraopondo a isso, a concepção de que a população de 60 anos e mais, que experimenta um crescimento resultante desses avanços, aparece como um problema a ser resolvido, sanado ou mesmo controlado. Como colocam Minayo e Coimbra Júnior (2002, p. 16), ao afirmarem que “No imaginário social a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica – seja para a família, seja para a sociedade – e como uma ameaça às mudanças...”, resultando numa exclusão dessa parcela da população, sendo subtraído dos mesmos o seu papel de pensar o seu próprio destino.

Encontram-se nas falas, logo mais relatada, que alguns participantes demonstram uma visão centrada no processo do envelhecimento fisiológico e

patológico, sendo o segundo visto como uma consequência do estilo de vida, apontado a necessidade da compreensão desses conceitos.

*Na terceira idade, é necessário que se reconheçam as características que são inerentes a essa face do ciclo da vida, a senescência e senilidade... e as transformações que acontecem devido ao aparecimento das doenças...(BARAQUIEL).*

*A terceira idade vai depender da infância, do adulto, do estilo de vida que a pessoa tinha antes vai influenciar muito, uma pessoa que sempre bebeu e sempre fumou, quando estiver na terceira idade vai ter as consequências desse estilo de vida, e quem se cuidou, quem procurou ter uma boa alimentação, uma atividade física, vai ter os problemas, pode ter a hipertensão, a diabetes, mas acho que vai ser algo mais ameno (MINIL).*

As falas anteriores motivam uma análise da promoção da saúde como uma mudança de comportamento, de modos de vida, sendo algo fácil de realizar. Contudo, essa mudança é mais complexa, pois a pessoa pode não ter conhecimentos suficientes para realizá-la, não possuir as informações necessárias para uma escolha positiva de seu comportamento, de seu modo de vida, e assim promover saúde.

Farinatti (2008, p. 48-49), coloca que “mesmo quando os conhecimentos e motivações existem, nem sempre são suficientes para induzir hábitos desejáveis, uma vez que o comportamento esteja fortemente integrado à vida cotidiana...”. Enfatiza, ainda, que “sensibilizar os indivíduos e fornecer-lhes opções de escolha, melhorar as condições que afetam seus modos de vida, encorajar a adoções de comportamentos saudáveis...”, sem uma imposição, são pontos positivos para trabalhar a promoção da saúde.

### 5.2.2 CATEGORIA 2: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA TERCEIRA IDADE

A Carta de Ottawa sinaliza o significado das ações de promoção da saúde, afirmando ser algo além dos cuidados de saúde. Segundo esta, as ações de promoção requerem política em que “combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais”. Apontando para equidade em saúde, assegurando “bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis” (BRASIL, 2002, p. 19).

As ações de promoção, desta forma, ultrapassam o individual, destacam a conotação de ações coletivas, na e com a comunidade, sendo no território vivo, os espaços para o alcance da melhoria da qualidade de vida.

Nessa categoria, procurou-se conhecer as ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes da ESF, como são articuladas essas ações e as ferramentas utilizadas para realizá-las. Foram reveladas ações de caráter coletivo, como atividades com grupos, reuniões, roda de conversa, palestras e orientações em sala de espera. Trazendo, ainda, outras de cunho pontual, como orientações durante a consulta individual e encaminhamento para serviços especializados.

Dentre as ações coletivas, foram mencionados os grupos, trabalhados de modo continuado, como também em algumas equipes, de forma esporádica, como se percebe nos relatos a seguir:

*... nós temos um grupo... Na segunda, quarta e sexta, esse grupo já existia bem antes do NASF, um Grupo da Melhor Idade, que faz atividade física, ...têm umas datas comemorativas e que são sempre festejadas, dias das mães, dias dos pais, o dia do idoso, eles já foram para o Caldas (Balneário do Caldas em Barbalha, Ceará), ... festas juninas, Natal. ... Tem até as caminhadas que a gente faz com eles, e hoje contamos com os profissionais do NASF para dar apoio e as orientações também (DINIEL).*

*... Eu tenho agente de saúde que trabalha com esse público específico, em eventos, datas comemorativas, ela faz, ela promove, a gente tem, conta com o apoio da equipe, ela promove o São João, ela consegue o transporte da prefeitura e leva para o Caldas (Balneário em Barbalha). ... Atualmente, como a gente tem o CRAS dentro da Vila e a gente também está fazendo essa parceria com palestras ...funciona mais como uma roda de conversa, porque a gente promove essa integração com as próprias experiências deles. A gente já trabalhou a violência doméstica, a questão de acidentes domésticos, ...não é uma coisa sistemática, não é uma coisa formal ainda, como forma de grupo, porque o grupo ainda não é um grupo fixo, mas é uma iniciativa que agente ver com bons olhos que o retorno acaba sendo positivo, os depoimentos deles, o retorno é da forma individual, o idoso contando como aquilo mudou a vida deles, são iniciativas não sistemáticas... (HAMON).*

Percebeu-se que a participação do NASF, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e agente de saúde se torna essencial para realização das ações nos grupos citados. Mesmo demonstrando não ser algo sistemático, como a segunda fala explicita, pode-se considerar uma potencialidade desses momentos, pois envolvem temáticas e atividades importantes para manutenção da saúde, como as caminhada e prevenção de acidentes, além de atividades recreativas e de lazer, colocadas como comemorações de datas específicas (São João, Natal) e visitas a lugares públicos.

A tentativa de superar temáticas relacionadas a doenças pode ser considerada de extrema importância, pois os grupos podem ser espaços educativos para promoção da saúde e desenvolvimento humano, à medida que essas estratégias estejam relacionadas à construção da subjetividade e do desenvolvimento da consciência individual e do grupo (COMBINATO, *et al.*, 2010). Constituindo uma possibilidade de rompimento do modelo tradicional, incorporando a promoção da saúde como conceito transversal nas atividades realizadas pelas equipes da ESF (SASAKI; RIBEIRO, 2013).

A formação de grupos pode representar estratégia de fomento do exercício da independência e de autonomia das pessoas envolvidas, além de resgatar a autoestima, acesso a informações relevantes, discutir soluções, rever o autocuidado, conhecer e reconhecer os suportes de apoio social e familiar, dentre outros (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012; ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

Contudo, deve-se buscar fomentar a capacidade de independência dos participantes. Um ponto a pensar são as atividades de lazer, “esses momentos são importantes, porém, os profissionais devem estimular a autonomia dos idosos, de modo que eles mesmos possam promover atividades de lazer para si, e não se tornem dependentes da equipe” (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012, p. 249). As autoras salientam, ainda, que para o lazer ser uma ação de promoção da saúde, faz-se necessário que as ações sejam dirigidas aos determinantes de saúde, sendo eficiente para redução de danos e garantido bem-estar dos mesmos.

Identificou-se a realização, mesmo de modo esporádico, apresentado no relato a seguir, de encontros envolvendo a pessoa idosa, a partir da necessidade percebida pela equipe, motivando a realização de momentos que podem ser fortalecidos pela discussão de problemáticas da realidade local e de assuntos que transcendem a doença, principalmente as DCNT, com ênfase na hipertensão e no diabetes.

*... ultimamente, nós não estamos realizando tantas ações assim, nossa última ação foi relacionada a identificar paciente que eram negligenciados pela família, e trazer eles para a UBS, e fazer uma reunião com eles... (ADONAI).*

Foi ressaltada pelos profissionais a realização de ações de promoção em sala de espera por meio de “conversas, orientações”. A sala de espera pode ter várias configurações, ser um espaço de corredor, local de espera de consultas, em que transitam sons e diversos movimentos dinâmicos, muitas vezes, é o local mais

movimentado da Unidade Básica de Saúde, sendo importante, na realização de quaisquer atividades, buscar focar na atenção, para que o objetivo seja alcançado. O lugar da sala de espera pode também configurar em um espaço reservado para o trabalho em grupo e, devido à demora pelo atendimento, ser um momento para que aconteça o acolhimento (PIMENTEL; BARBOSA; CHAGAS, 2011; ZAMBENEDETTI, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2013).

Os depoentes expressaram utilizarem a sala de espera para as ações de promoção da saúde, contudo, de forma a “aproveitar” a demanda, por não possuírem espaços adequados, demonstrando dificuldades na realização desses momentos devido às características do ambiente, evidenciado nas falas que se seguem:

*... a gente aproveita mesmo em alguns momentos em que o pessoal da equipe está fazendo algum movimento (sala de espera), e agente aproveita e conversa com eles... (ANAEL).*

*...ficou mais na sala de espera, orientando o que era uma hipertensão, o que é um diabetes, o cuidado, então agente ficou na sala de espera mesmo (LEO).*

*... a gente está fazendo é na sala de espera mesmo ... como chamar a atenção numa sala de espera lotada, que tem muita gente entrançando e eles lá de olhinhos duros prestando realmente a atenção! (BARMAN)*

A atividade de sala de espera deve ir além do “aproveitar a demanda”, ademais da orientação sobre a doença, muitas vezes de modo a-histórica, descontextualizada, o sujeito que tem diabetes e/ou hipertensão vivencia esse processo de adoecer de modo singular. O trabalho dos profissionais com os usuários nesses espaços devem ter perspectiva problematizadora, praticando a escuta ativa, estabelecendo relações que sobressaiam os encontros ao acaso. “Estabelecer relações dialógicas, produtoras de sentidos, no encontro entre os saberes distintos...” (ZAMBENEDETTI, 2012, p. 1080).

Apesar de acontecer momentos de realização de grupos pelos profissionais entrevistados, estudo aponta a ocorrência desses “pelo cumprimento das normas e rotinas impostas pela dinâmica da ESF para atender o objetivo de reestruturar os serviços...” (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012, p. 406). Deste modo, realizar ações de educação em saúde em “qualquer” espaço, configurando a sala de espera, pode não levar ao encontro do profissional com o usuário, o objetivo de partilhar

experiências, enfatizando o protagonismo do sujeito, pode resultar no cumprimento de normas e indicadores a serem atingidos pela equipe da ESF.

O rompimento do modelo de saúde individual ainda não é realidade absoluta. Em meio a atitudes que buscam mudanças, ainda percebe-se resistência e soberania das ações curativas, associando ações de promoção com a realização de orientação na consulta individual, com ênfase na doença, e encaminhamento para serviços especializados, como se percebe nos relatos a seguir:

*Promoção que a gente faz é só orientação e encaminhamento! Até agora nós não tivemos uma palestra específica para idoso (DUMAH).*

*Sinceridade? Não! Quando ele vem para a consulta, realmente a gente tenta ver... (BARMAN).*

*Na verdade realiza, pois eu estou todos os dias aqui no posto para ver o controle da pressão, diabetes (RAHMIEL).*

Em estudo de Marques (2012), constatou-se que as ações de promoção da saúde realizadas por profissionais médicos estavam voltadas para abordagem clínica, sendo a prevenção prescrita a partir de dietas e exercícios.

Ressalta-se que, neste estudo, a concepção de ações predominantes na consulta clínica individual não se limitou ao profissional médico, as outras categorias entrevistadas demonstraram a predominância do encontro no consultório ao momento coletivo, como pode ser verificado nos relatos que se seguem:

*... O que agente ainda faz é a questão das orientações nas consultas de enfermagem e o paciente também tem acesso às consultas médicas, mas meramente, e nessas orientações de enfermagem, agente aproveita para orientar práticas de atividades físicas, para falar também a questão nutricional, como o paciente pode conviver com a osteoporose, dentre outras doenças crônicas, então são ações no âmbito geral, não são ações direcionadas exatamente para aquele grupo (ADONAI).*

*... a gente está orientando, ou encaminhando para o serviço de especialidade para que descarte qualquer possibilidade de malignidade, e que ele venha a sofrer futuramente com essas lesões(ANAEL).*

*... Na ESF, nós não temos grupos de educação em saúde com o idoso... nós temos uma demanda muito grande de hipertensão e diabetes, eu como enfermeira acabo realizando ações acerca do tratamento, dos riscos que eles podem ter, se não fizerem o tratamento corretamente, mais voltado para essa parte. Oriento como tomar a medicação, alimentação, como deve ser essa alimentação, frequência, a importância das consultas, de vim nas consultas direitinho, de obedecer às orientações médicas, de enfermagem, a questão do autocuidado, mas específico para outras áreas... (BARAQUIEL).*

Os participantes revelaram que mesmo de forma individual, em consulta clínica, os conteúdos abordados são relevantes para a saúde do indivíduo. O que se destaca é a explicitação de assuntos voltados à doença, destacando-se Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, as mais prevalentes na população geriátrica; e a conotação de “obediência” que o sujeito deve ter diante das orientações do profissional que o assiste.

Estudo de Pinheiro, Alvarez e Pires (2012, p. 2.109) descreveram a configuração do trabalho da enfermeira com o idoso na ESF e foi revelada a necessidade de rever as práticas e o modo de operar o trabalho na atenção ao idoso, afirmando que “A dificuldade de se aproximar de práticas de promoção da saúde do idoso pode comprometer a estabilização e o avanço da enfermeira na ESF, além de fortalecer a cultura de deixar de promover saúde para continuar tratando doentes”

Considera-se que as ações de promoção da saúde ancoradas na prática de educação em saúde, devem buscar a transformação da realidade, cujos participantes desses momentos sejam coparticipantes, sendo a dialogicidade um caminho para o rompimento do modelo tradicional e hegemônico enraizado na doença, abrindo espaço para o emponderamento coletivo.

A ESF vem sendo trabalhada com o objetivo de reorientar os serviços de saúde por meio de práticas e ações intersetoriais. Mesmo aos avanços, algumas barreiras foram construídas, como a fragmentação do processo de trabalho e fragilidade no trabalho das redes de atenção. Apesar dos documentos de gestão elaborados e vigentes resultantes do reconhecimento da necessidade de fortalecer a atenção à pessoa idosa, como a Política Nacional de Saúde, o Programa Nacional de Imunização, o Estatuto do Idoso, o Pacto pela Saúde, dentre outros, ainda esperam-se avanços qualitativos e quantitativos relacionados à saúde geriátrica e gerontológica na ESF (BRASIL, 2006a; MARIN *et al.*, 2008 ).

Em meio aos relatos apresentados observaram-se aqueles que demonstraram a carência de realização de ações de promoção da saúde, especificamente com e para a pessoa idosa. Destaca-se que os entrevistados tinham mais de cinco anos na ESF, e pelo menos um ano na ESF atual (a época do estudo), supondo a criação de vínculo e conhecimento da realidade local, resultando em estratégias para trabalhar a promoção da saúde.

*Onde eu trabalho, não tenho nenhuma atividade (AMITIEL).*

*Atualmente, não estamos realizando nada! (MICHAEL)*

*Verdadeiramente não! ... Junto com a equipe não! Eu nunca participei de nenhuma ação para promoção da saúde. Nem com o NASF. Não tenho nenhuma experiência de ação conjunta, nenhuma! (NANAEL)*

*As coletivas, não! Muito poucas, eu acho realmente que precisa mais (RAHMIEL).*

Percebeu-se que a escassez de trabalho integrado da equipe é ponto que fragiliza a realização da promoção da saúde, levando a uma reflexão acerca da necessidade de mudança no processo de trabalho, como verificamos nas falas abaixo. Apesar de alguns profissionais admitirem a necessidade de mudança da realidade, determinados impedimentos relacionados ao processo e à gestão do trabalho, com sobreposição de áreas de atenção podem ser apontados como justificativas relevantes.

*... tivemos algum tempo, algumas reuniões, revendo o nosso processo de trabalho e a gente planejou encontros, e trabalhar, expandir um pouco, não só essa parte educativa, mas também essa parte individual, que na maioria das vezes é feita nas nossas consultas, mas também expandir para outros momentos que sejam encontros de salas de espera, até fazer, montar realmente, constituir um grupo específico, mas lamentavelmente isso não se tornou uma realidade, agente ainda esta no campo das ideias, agente está tentando se reunir, se reorganizar para estabelecer (KALAZIEL).*

*Eu não me lembro! Durante esse ano não, não teve nenhuma ação. A odontologia é muito bitolada na infância, sabe? Precisa melhorar mais ainda, ter mais enfoque para todas as idades, não só para as crianças (MINIL).*

*Não! A gente tem um foco maior nas escolas... Eu nunca participei de nenhuma ação com idosos! Ainda não chegou aqui! (RAFAEL)*

Os trabalhadores da AB são responsáveis por atuar nas ações de promoção da saúde, devendo romper o modelo do atendimento verticalizado e centrado na doença, sendo a educação em saúde uma das propostas para existência desse diálogo, sendo necessário investir na gestão e na ESF, para não se correr o risco de perpetuar um modelo autoritário, medicalizado e opressor de atenção à saúde (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

### ***5.2.2.1 Subcategoria: dificuldades para realizar ações de promoção da saúde na terceira idade***

Nesta seção, discutem-se as dificuldades apontadas pelos entrevistados sobre a realização ou não das ações de promoção da saúde à pessoa idosa, sendo encontrados entraves relacionados à formação e estrutura curricular de alguns profissionais envolvidos, falta de espaço para acontecerem tais atividades, deficiência no apoio da gestão e no processo de trabalho da equipe da ESF, e inexistência ou obstáculos quanto à intersetorialidade.

A formação recebida durante a graduação, de modo insuficiente, foi relatada como se verifica nos relatos abaixo:

*... ter uma melhor capacitação dos profissionais, até pela formação na universidade... a gente ver que a maioria dos profissionais formados há mais de dez anos, acho que há uma certa defasagem, nesse enfoque, acredito que os mais novos já devam estar mais adaptados (MINIL).*

*... o pouco que eu sei é através do conhecimento que tento buscar quando eu me deparo com alguns casos... não é suficiente para dizer que eu vou realizar a promoção da saúde na terceira idade! Não é suficiente! ... eu não me sinto capacitada para trabalhar com a promoção da saúde na terceira idade na ESF! (ADONAI)*

Os relatos apresentados demonstram o reflexo de uma formação voltada para o aprimoramento do modelo técnico-científico, visto que as questões sociais, o trabalho com e para a comunidade acabavam por se tornarem deficitários (PINHEIRO, 2006).

Reflexão necessária para a prática após a formação profissional é a repetição ou mesmo continuidade de um modelo hegemônico enraizado no cotidiano dos serviços. Ao concluir-se a graduação e adentrar nesses espaços “viciados”, tomados pela prática técnica e científica sem construção e reconstrução de acordo com a realidade, os profissionais podem acabar reproduzindo e seguindo práticas que já estão no cotidiano dos serviços de saúde. O rompimento desse ciclo vicioso pode não ser simples, pois a adaptação pode configurar ser mais simples que a transformação, levando os profissionais a uma reprise da história, mesmo com outros personagens.

As alterações fisiológicas na terceira idade demandam, do ponto de vista teórico, “um aprofundamento de conceitos, tais como níveis de prevenção, paliativismo, suporte e apoio social”. No campo prático, os profissionais de saúde necessitam trabalhar conjuntamente com “os usuários idosos, suas famílias/cuidadores, enfrentando juntos situações de perda e morte.” Assim, conceitos específicos da gerontologia, como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar

tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação) que não constam habitualmente dos conteúdos da graduação, mas são operacionais para proposição de condutas adequadas, devem ser discutidos com profissionais (MOTTA; AGUIAR, 2007, p. 354).

Outros participantes entrevistados apontaram a necessidade de capacitação, informação sobre o trabalho com a pessoa idosa após a graduação, como seguem os relatos:

*... tive formação no cuidado ao idoso na minha graduação, fora isso eu não tenho nenhuma experiência voltada especificamente para isso, embora tenha realizado alguns trabalhos, falando sobre a senescência e a senilidade na graduação, mas fora isso, não tenho outras experiências, e eu acredito que outros profissionais também tenham essa deficiência com relação ao idoso (BARAQUIEL).*

*... nós não estamos preparados para acompanhar bem, naquilo que a gente considera excelência para o acompanhamento da pessoa idosa ... nosso país está envelhecendo, então nós precisamos aumentar a oportunidade dessas pessoas que fazem a atenção primária a entender melhor, quanto ao cuidado direcionado ao idoso... acho que hoje nós não estamos preparados para abordar como deveria (KALAZIEL).*

*... existe uma necessidade grande de haver momentos que a gente possa melhorar nossa abordagem com o idoso... Não digo apenas uma capacitação falando da parte apenas fisiológica, mas parte de dar valor, de dar valor a trabalhar com essa população! Trabalhar com o idoso em sua totalidade, em sua forma holística, não só trabalhar com o remédio de pressão, com o hipertenso ou o diabético, porque o atendimento que é dado ao idoso se resume a isso, não atendemos de maneira mais ampla (SOPHIA).*

As falas colocadas pelos profissionais expressaram uma carente necessidade de informação para capacitação sobre a temática “saúde da pessoa idosa”, com assuntos relacionados à senescência e senilidade, envolvendo a geriatria e gerontologia na prestação de cuidados.

Para o fortalecimento da prática na AB, o MS lançou alguns materiais a serem disponibilizados para as equipes da ESF, dentre eles estão o Caderno de Atenção Básica nº 19: envelhecimento e saúde da pessoa idosa, objetivando facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na atenção básica na abordagem integral às pessoas em seu processo de envelhecer (BRASIL, 2010). Reeditou ainda a Caderneta da Pessoa Idosa como uma estratégia para o acompanhamento da saúde da população idosa, sendo um instrumento de registro das informações sobre aspectos da condição de saúde desse público, facilitando a elaboração de ações para prevenção, promoção e reabilitação, além de procurar minimizar os agravos sofridos pelos mesmos (BRASIL, 2012).

A implementação das ações propostas a nível federal é de responsabilidade municipal, com planejamento local e utilização de ferramentas capazes de gerar a sua viabilidade. Questiona-se, assim, como o município vem se organizando para concretizar as propostas apontadas pelos documentos ministeriais, embasados em outro conjunto de documentos oficiais, que definem a necessidade de priorização de melhoria nas ações relativas à população geriátrica.

Além dessa necessidade, que configura uma dificuldade pelos profissionais entrevistados, um ponto que se destacou entre os relatos foi a “desestimulação” ou a falta de estímulo para o trabalho na ESF, manifestados nas falas a seguir:

*Capacitação deveria sim existir, mas, o que prejudica mais do que a falta de capacitação é “desestimulação”, ninguém está tendo motivação para trabalhar nada, porque não tem incentivo nenhum, então você acaba se desestimulado, desacreditando no próprio serviço (PATHIEL).*

*... infelizmente nós encontramos diversas barreiras, às vezes as barreiras são os próprios profissionais mesmos, muitas vezes a barreira é da própria gestão, que não oferece o apoio necessário, os profissionais acabam ficando desmotivados com relação a isso, querem fazer algumas coisas mas se sentem travados nesse cuidado com o idoso (BARAQUIEL).*

*... falta esse apoio (da gestão) para estar orientando a gente para que busque esse conhecimento e posso trabalhá-lo (ADONAI).*

*... a gente não tem nenhum estímulo por parte da gestão para trabalhar com o idoso (PATHIEL).*

*... eu diria que a gente não tem talvez o estímulo, o apoio adequado da gestão, nesse sentido, onde possa está estimulando mais práticas de promoção e prevenção (KALAZIEL).*

*... incentivando quando o profissional promove uma política que realmente favoreça a prática de educação em saúde, promoção em saúde ... elogia o profissional, divulga o que o profissional ta fazendo ... é o sistema que não deixa a gente pronto para fazer esse tipo de atividade (HAMON).*

A última narração reproduzida foca, além do incentivo para organização do serviço e profissionais para acontecerem às ações de promoção, o elogio, ou seja, a valorização do trabalhador. O profissional deve se sentir estimulado para o trabalho não somente pelo retorno financeiro, mas se sentindo valorizado, principalmente pelos gestores. A promoção da saúde se faz democraticamente, com diálogos compartilhados, e, nesse cenário, a figura do gestor torna-se necessária (PINHEIRO, 2006).

Nos relatos que se seguem, os participantes enfocaram para a necessidade da otimização dos recursos.

*... a gente trabalha com as ferramentas que agente tem ... mas nem sempre agente tem o apoio institucional, o apoio da gestão, muitas vezes você não dispõe nem dos recursos que são mínimos (DINIEL).*

*... a secretaria de saúde que não dá apoio ...nem o básico, que dirá condições de desenvolver ações de promoção e educação em saúde!(HAMON)*

*... É muito difícil, coordenação, gestão... é um impasse, não há reunião de coordenação, não tem o contato, aquele vínculo dos profissionais para que demonstre segurança, onde a gente precisa melhorar, porque hoje eu acho que cabe dizer como a gente pode melhorar o nosso trabalho, mas também nos dar respostas, porque todo mundo estar desacreditado, se as coisas começarem a acontecer, acho que tudo melhora (LEO).*

O suporte adequado dos gestores e as medidas que promovem uma articulação adequada para operacionalizar o trabalho das equipes é fundamental, pois, assim, a viabilidade das ações de promoção e prevenção da saúde pode acontecer (PINHEIRO, 2006).

O planejamento para implantação e implementação de quaisquer estratégias e/ou programas relacionados à saúde é prioridade. Cada território onde irá acontecer a prática das diretrizes formuladas é singular. A realização com primazia é diretamente proporcional ou envolvimento dos atores sociais que irão atuar como facilitadores ou expectadores desse momento. Assim, profissionais de saúde, gestores e usuários devem estar entrelaçados para que as trocas de saber e saberes resultem em experiências bem-sucedidas na promoção da saúde.

Além da falta de apoio, os depoentes revelaram que a carência de espaço físico ou a inadequação do mesmo, inexistência de materiais educativos e de apoio (televisão, aparelho para DVD, panfletos, cartazes, folder) são entraves para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

*... a gente não tem um espaço para receber esses idosos, não tem uma infraestrutura na unidade que favoreça um bom acolhimento a esses pacientes, não podemos simplesmente dizer “venha pra unidade que a gente vai fazer uma educação em saúde”, porque a gente não tem como receber da forma mais adequada (BARAQUIEL).*

*... Não existe uma praça ... Se é para fazer uma reunião a gente não tem espaço para reunião, o posto de saúde não cabe, a gente tem que ficar debaixo de uma árvore, pedir uma quadra de escola, alguma coisa nesse sentido, então tudo isso dificulta o trabalho, você tem que improvisar, mas, de certa forma, esse improviso causa desconforto ao idoso, então faz com que eles nem frequentem o posto além de se sentirem desconfortáveis (PATHIEL).*

*... Espaço físico aqui é um dos maiores problemas que eu vejo na unidade de saúde... A intenção era reunir um público maior, mas onde? Escola! Não tem nenhuma dentro da área (BARMAN).*

*... a gente não tem espaço adequado para isso! É tudo muito no improvisado que as coisas têm acontecido, é por isso que as ações não descentralizam! (DINIEL)*

Percebeu-se que a preocupação não se restringia em somente em abrigar uma quantidade de pessoas idosas para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, o acolhimento também foi exteriorizado como um ponto relevante para esse momento. O “espaço adequado” foi colocado como premissa para um bom acolhimento e, conseqüentemente, para a excelência no alcance da promoção da saúde.

A necessidade de ampliação do espaço físico foi revelada nas falas de profissionais que atuavam em uma unidade de saúde com área física privilegiada e espaço específico para as atividades de reuniões e educação em saúde.

*... eu queria na realidade uma unidade de saúde mais ampla, que tivesse uma televisão, onde a gente pudesse fazer, até mesmo na consulta, quando eles vem na consulta de hipertenso, poderia falar de outras patologias, se tivesse pelo menos um espaço para uma televisão, um som, alguma coisa que pudesse tornar mais dinâmico esse trabalho (PATHIEL).*

*... um ambiente mais adequado, porque a gente tem uma sala para reuniões que é muito quente, muito abafada e acaba que não pode utilizar nos horários da tarde ... também panfletos, materiais para que pudesse dar um suporte ... se tivesse um DVD, poderia estar passando alguma coisa informativa que eles pudessem estar acompanhado durante a espera das consultas (SABLO).*

Os estudos de Rodrigues, Ribeiro (2012) e Melo, Santos e Trezza (2005) trouxeram que a falta de materiais didáticos e educativos, com o objetivo de apoio para realização de ações de educação em saúde, associados a uma estrutura precária nos espaços para o seu acontecimento trazia desmotivação por parte dos profissionais da ESF, no acontecimento de tais momentos.

Essencial refletir sobre a exaltação da faltados espaços e dos materiais para realização e acontecimento de ações de promoção da saúde, pois, em alguns relatos sobre experiências exitosas na atenção básica envolvendo profissionais e usuários, publicados nas Comunidades Práticas do Departamento de Atenção Básica (Dab), disponíveis em [www.atencaobasica.gov.br](http://www.atencaobasica.gov.br), mostraram que o uso de tecnologias leves, principalmente o uso do componente humano, com a interação profissional e usuário,

trouxeram resultados positivos, sem afirmar que esses componentes não sejam necessários, mas abrindo um parêntese para pensar se são indispensáveis.

Atrelado às dificuldades de estrutura e materiais, os participantes apresentaram outro ponto de dificuldade para o acesso ao serviço de saúde pela população idosa, como fica evidente nas falas abaixo:

*...Talvez a dificuldade do idoso de ir ao local (UBS) ... tem que ter um acompanhante, tem dificuldade de locomoção, não sei como se resolveria isso, mas de uma maneira geral, eu acho a participação do idoso, aqui no posto, acho a participação do idoso muito pequena ... Quando tem vacinação da gripe eles vêm! Quer dizer, está faltando um tipo de motivação, que eu não sei como isso vai acontecer pra fazer com que eles venham! (RAFAEL)*

*As pessoas idosas têm uma dificuldade de vim, de se deslocarem (ANAEL).*

*... idosos são pessoas que tem dificuldade de locomoção, nem sempre podem vir ao posto e isso quebra o elo, vai passando seis meses, um ano, dois anos, e daqui a pouco a gente não tem nem conhecimento de como estar a área, porque vão mudando as pessoas (LEO).*

O reconhecimento de necessidade de estratégias para melhorar a participação da pessoa idosa nas atividades de promoção da saúde é extremamente importante. O acesso ao serviço deve ser premissa para a oferta de assistência integral a esse público. Essencial é o debate sobre o desenvolvimento da cidadania e a consciência do direito à vida, cujo acesso à saúde é de responsabilidade e conquista não apenas individual, mas uma construção social e política (SANTOS et al., 2006).

Para Souza et al. (2008), o problema de acesso e suas alternativas de soluções não devem se restringir a uma análise puramente quantitativa, verificando apenas o número de atendimentos realizados pela equipe e por categoria profissional, deve-se buscar qualificá-lo.

Starfield (2002) elucida as diferenças conceituais sobre o acesso e a acessibilidade na atenção primária, coloca que ter acessibilidade é a possibilidade de chegar aos serviços de saúde. Contudo, o acesso é o uso oportuno desses para melhorar sua condição de vida.

Por conseguinte, os profissionais que realçaram a necessidade de melhorar o acesso como importante para melhorar ou fazer acontecerem ações de promoção da saúde na terceira idade, trazem para discussão a fragilidade das estratégias suficientemente adequadas de proporcionar os serviços de saúde a essa população.

A dificuldade de captar os idosos no serviço de saúde para as ações de promoção e de realizá-las, vêm com a concepção pelos profissionais devido à cultura dos mesmos, como se verifica nas falas a seguir:

*... não consegui encontrar uma estratégia de captá-los... Existe uma certa resistência cultural, que é outra que não é só dentro da unidade que tem de trabalhar, tem de ir extramuro, realmente! O que a população acha? “Não, meu pai é sadio!”, não tem pressão alta, não tem diabetes, pronto! Ele não precisa de serviço de saúde, não precisa de acompanhamento. Então acho que esse é outro nó que a gente precisaria além daqui, porque a gente está indo pouco!... (BARMAN)*

*...Por questões muitas vezes culturais você convencer o idoso a mudar seu estilo de vida ... eles têm seus valores, seus princípios, suas ideias formadas, é muito difícil em relação a isso, você convencer mudança do estilo de vida, tomar a medicação na hora certa (PURAH).*

*... Aquela cultura antiga ainda que o dente tem um problema e a gente tem de tirar ... É esse foco que deveria mudar no idoso, essa cultura que eles carregam talvez seja pela própria estrutura de saúde antiga (RAFAEL).*

Os participantes perceberam a cultura, no sentido de modos de vida, como pontos negativos para o trabalho com os mesmos. Pela resistência ao tratamento, não aceitação das mudanças no estilo de vida, a recusa ao tratamento e acompanhamento no serviço de saúde. Necessário ressaltar que se deve reconhecer a pessoa na velhice como alguém com direitos a exercer livremente sua cidadania, sendo este um sujeito em constante transformação e subjetividade (PITANGA, 2006).

A recusa ao tratamento, a preservar o dente, à mudança de seu estilo de vida, pode estar associada à imagem de como a nossa sociedade percebe esse indivíduo. As ações de promoção devem respeitar seus fazeres e dizeres, ou seja, “... atribuir um lugar social e cultural à velhice sob significados positivos de inclusão e significação...”, sendo livre e tendo pleno direito de exercer sua cidadania (PINTANGA, 2006, p. 68). Pode-se refletir, ainda, que a saúde está alicerçada sobre um modelo essencialmente curativista, que por muito tempo não cuidou da cárie, mas sim retirou o dente, tendo se concretizado na vida das pessoas de 60 anos e mais e seus familiares.

A dificuldade e o interesse voltados para as ações curativas soberanas as de promoção da saúde foram expressos por um dos participantes.

*... eles mesmos vão para o posto só como uma forma de pegar o seu próprio medicamento, mas não se enquadram muito, não criam raízes... (AMITIEL).*

A fala anterior pode representar diversos olhares, dentre eles, o do profissional que não estabeleceu um vínculo, não conseguiu cultivar as raízes, podendo o que se estabelece para a troca. Outro com pessoas idosas que foram “moldadas” para compreender que o objetivo da UBS é fornecer o seu medicamento, simplesmente, sem vivenciar a experiência do vínculo.

Os usuários que não vivenciam a mudança do modelo de saúde, de modo que o curativismo não seja soberano à promoção, podem não reconhecer a equipe da atenção básica como sua equipe de referência, pois o vínculo transcende a noção de espaço territorial, é estabelecido pelas relações de confiança, “amorosidade”, afeto, respeito, acolhimento. Pensamento reforçado por Giovanella et al. (2009, p. 791) “... A existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente..., facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados”.

Os entraves construídos entre as etapas para estabelecer um modelo, em que o sujeito não é visto como apenas um indivíduo saudável ou doente, são alicerçados nessas bases, em que os profissionais da atenção básica devem reinventar os modos de cuidado, pois “... O PSF... Mais do que uma nova estrutura, trata-se de uma reforma nos modos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários” (REIS et al., 2007, p. 655).

As dificuldades trazidas pelos participantes também se referiram aos modelos de atenção existentes, à predominância e supervalorização da consulta centrada no médico e à dificuldade e inexistência da interação entre os profissionais da ESF e NASF, o depoimento a seguir confirma o exposto:

*... os profissionais e a própria população acham que agente tem que está dentro da clínica, e eu acho que não! Porque se agente ficar só dentro do consultório não vai resolver os problemas. Mas, a população não entende isso, se o profissional não tiver no atendimento clínico, ele não está fazendo o atendimento à comunidade, e pelo contrário ...a administração entender que você não pode estar apenas dentro do consultório, não poder sair para fazer as atividades junto com a comunidade ... mas, se você não tiver dentro do consultório, parece que você é um profissional preguiçoso, e a população acha que aquele profissional não está atendendo (ANAEL).*

No discurso, predominou-se, ainda, o modelo “médico-centrado”, que segundo Reis et al. (2007, p. 661) “... existem poucas discussões da equipe sobre o planejamento terapêutico do usuário atendidos por todos os trabalhadores”, sendo o profissional médico a figura central da assistência, mesmo existindo equipe

multiprofissional. Formando-se nos serviços de saúde a falsa imaginação de que a qualidade da assistência se associa à solicitação de exames, medicamentos e consultas especializadas.

A organização do processo de trabalho, de modo que sua operacionalização seja centrada no usuário idoso, no caso do estudo, com um trabalho multi e interdisciplinar, foi colocada como necessária e apontada como uma dificuldade por alguns dos depoentes, como demonstra a fala a seguir:

*... tem muito um estímulo em torno da consulta ... quanto mais atividade melhor, então isso realmente não está sendo trabalhado de forma coordenada, atividades da unidade de saúde, da equipe da atenção básica, com a equipe NASF e também dessa com a gestão especificamente, existe uma pouca aproximação... o idoso seria uma prioridade, mas ele acaba não sendo, ele acaba dentro do conjunto das necessidades, mas ele não acaba tendo um destaque. Isso eu vejo como uma fragilidade na nossa organização, no nosso processo de trabalho. Os idosos que tem acesso, por exemplo, são aqueles que são portadores de patologias crônicas, que por intercorrências da patologia eles acabam vindo mais, aí a gente faz oportunamente, trata um pouquinho da prevenção, promoção, rastreamento, mas isso não é algo sistemático, o que torna mais frágil a nossa percepção (KALAZIEL).*

O relato revela que além da necessidade de um trabalho multiprofissional e integrado, sendo a pessoa idosa a figura central, destaca a necessidade de mudança de um modelo focado na doença, sendo priorizados aqueles que já a possui, ocultando aqueles que permanecem em silêncio, sem frequentarem a unidade de saúde, ou que mesmo desconhecem sua condição de saúde/doença.

A dificuldade de trabalhar em equipe na ESF foi evidenciada por meios dos relatos.

*... vejo as equipes muito soltas, é cada um fazendo sua função, especialmente a classe médica muito cobrada por serviços ambulatoriais ... a questão de promover saúde, estimular atividades que especialmente a educação em saúde que está articulada a promoção da saúde, médico não é cobrado disso, é cobrado só em cima das enfermeiras, então a enfermagem fica levando isso a frente sozinha (HAMON).*

*... Nós temos muitos profissionais, mas não temos uma equipe multiprofissional! Será que agente está trabalhando isso como um todo? ... Eu acho que falta muito isso, articulação (DINIEL).*

*... Estímulo das duas equipes que se encontram na unidade, infelizmente tem que ter um estímulo, tem que ter uma data, ter uma organização, cada um tem que fazer sua parte. Somos uma equipe, mas cada um individualizado! (DUMAH)*

*...necessidade de uma parceria maior para desenvolver essas ações, com outros profissionais... faço a palestra antes da consulta, mas eu não consigo fazer isso muito bem aqui no posto, atrelar minhas atividades com a do médico, pois a população tem uma necessidade grande de consulta... Eu sinto me enganando, achando que as pessoas estavam ouvindo o que eu dizia, mas não estavam, pois o foco todo é no atendimento, é passar para pegar uma receita controlada, é passar pelo o médico para pegar alguma coisa, se eu não tiver a parceria do colega, fica muito difícil! (SOPHIA)*

Os relatos evidenciaram fragilidade em relação ao trabalho em equipe na ESF sentido pelos participantes. A falta de integração pode resultar em assistência, cuidado desumanizado, fragmentado e centrado apenas no “adoecer” e não no indivíduo e na família. O encontro entre os profissionais foi enfatizado como parte importante do trabalho em equipe, mas, pelas falas, acabava não existindo de modo que as atividades acontecessem de forma qualificada. O trabalho individualizado, focado na atenção “médica”, com profissionais desarticulados e inexistência de uma equipe interdisciplinar se evidenciou como uma preocupação pela fragmentação do processo de trabalho e o baixo grau de interação entre os profissionais da equipe.

Os trabalhadores deveriam construir interação entre si, para a troca de conhecimentos e articulação para o fortalecimento do campo de produção do cuidado, pois somente assim se tem o trabalho em equipe. “O aprisionamento de cada um em seu ‘núcleo específico’ de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente” (FRANCO, MERHY, 1999, p. 7).

A desarticulação entre ESF e NASF foi um aspecto muito enfatizado pelos depoentes, ou por inexistir essa aproximação ou por existirem outros entraves que dificultavam a execução das atividades do NASF. Vêr-se logo mais:

*... pois nem sempre agente encontra esse apoio (NASF), mas eu entendo todas as limitações que esses profissionais têm, mas muitas vezes você se depara com situações extremamente complicadas ... Então precisa de alguém e não vem ninguém! Você manda um bilhete, e precisa acionar a assistente social do NASF, mas isso é muito difícil (BARMAN).*

*...aqui a gente também tem o grupo do NASF, apesar de que têm algumas limitações em relação a essa aproximação, então o tempo deles (NASF) é um pouquinho diferente do nosso, muitas vezes a gente não consegue trabalhar em conjunto, exercer essa questão da integralidade, interdisciplinaridade, a gente tem muitas dificuldades (KALAZIEL).*

*... Nem NASF, porque a gente nem tem mais, não existe carro para o NASF ...seria muito importante a volta do NASF, porque com esses profissionais, a gente fica mais segura, o pessoal era muito disponível, e a gente se organizava, de forma que pudesse trabalhar em equipe (PATHIEL).*

Segundo Brasil (2010, p. 10-11), “O NASF é uma estratégia inovadora que tem como objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão na Atenção Básica/Saúde da Família”. Enfatiza também que deve atuar de modo intersetorial e interdisciplinar, enfocando a promoção, prevenção, reabilitação da saúde da população sob a sua responsabilidade, sendo um dos seus desafios a criação de espaços de discussões para a gestão do cuidado e realização de atendimentos compartilhados entre a equipe da ESF e NASF.

Veio para contrastar com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que enfatizam a assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, buscando superar essa lógica, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Em Juazeiro do Norte, o NASF foi implantado desde 2008, com sete equipes composta cada uma por seis profissionais: assistente social (1), psicólogo (1), educador físico (1), farmacêutico (1) e fisioterapeuta (2) (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

Percebe-se que a prática não se aproxima da teoria, nesse caso, o trabalho compartilhado deixa de ser realidade entre essas duas equipes. A promoção da saúde requer compartilhamento de saber e saberes, sendo necessária aproximação na prática desses profissionais. Superar a fragmentação na rede de serviços e atenção e potencializar a AB como porta de entrada preferencial, para que se consiga organização para os serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, talvez seja um dos maiores desafios ainda a ser enfrentado.

Outra dificuldade muito enfatizada pelos participantes foi a ausência de intersetorialidade na realização das ações de promoção da saúde, como constam nos relatos que se seguem:

*... Não tem, não tem! Tem que sair do nosso bolso por que se não, não vai! Nem tem intersetorialidade, nem intrasetorialidade! Nem dentro do nosso setor agente consegue apoio. Temos equipes do NASF, mesmo assim não tem (MICHAEL).*

*Essa intersetorialidade nem existe, cada um trabalha isoladamente, se a gente quer fazer, é o PSF e pronto! (PATHIEL)*

*Quando a gente começou os grupos, procuramos parcerias entre nós mesmos, não estendemos no nível de administração não! Agente fez aqui com os profissionais do posto (SABLO).*

*O apoio de setores para acontecer as ações que a gente desenvolvia foi de maneira muito pontual, de forma ampla nunca... fazendo essa rede de atendimentos ao idoso, não consigo enxergar de maneira que isso aconteça não (SOPHIA).*

Nesses repertórios, as ações de promoção da saúde não tiveram a intersetorialidade como ponto forte para articulação de práticas para garantia de resolução de problemas mais complexos relacionados à saúde dos sujeitos, as ações ficaram restritas ao trabalho das equipes da ESF. Concorda-se com Moretti et al. (2010, p.1828) que colocam que a “Política Nacional de Promoção da Saúde compreende a intersetorialidade como uma estratégia entre os distintos setores no pensar a questão complexa da saúde...”, enfatizam, ainda, que nenhuma instância sozinha é capaz de resolver as necessidades da população de forma isolada, necessitando de redes integradas de apoio para se atingir esse fim.

Giovanella et al. (2009) destacam ainda que a articulação entre os diversos setores é necessária para se conseguir atenção primária abrangente, pois o desenvolvimento econômico e social é indissociável da saúde.

Em contradição aos depoimentos antes apresentados, outros participantes apontaram a intersetorialidade como parceria com alguns serviços que prestam assistência social e de saúde existentes no município, como o Centro de Referência do Idoso (CRI).

*... Centro de Referência do Idoso (CRI), alguns pacientes mais complicados, que a gente acha que precisa de ajuda adicional a gente tem encaminhado ... a gente tem tentado (BARMAN).*

*... Existe uma pessoa especificamente que assumiu as atividades de assistência (CRI) que a gente tem uma proximidade, especificamente porque foi uma colega que atuou na atenção primária, que hoje está desenvolvendo atividades mais focais, então a gente normalmente troca uma figurinha, mas anterior a ela não tinha essa proximidade (KALAZIEL).*

Apesar disso, ainda se percebe que a comunicação ocorre por questões de conhecimento de profissional da ESF e do CRI, sem rede de assistência cujo serviço seja referência também para outros profissionais da ESF, pois no município estudado inexistia rede de assistência articulada e integrada em relação à saúde da pessoa idosa.

Outras parcerias foram apontadas como parte de ações intersetoriais, como o CRAS e a educação.

*A questão assim da Ação Social, a gente já trabalhou junto, em alguns momentos, em alguns casos violência... Têm outras atividades que a gente já desenvolveu em parceria com a educação. Cedem a quadrada escola... mas, não há aquela articulação, não! Eu acho que é muito cada um por si... (DINIEL).*

*... minha parceria com o CRAS, que é de outro setor, da assistência social. Eu acho mais fácil trabalhar com o CRAS do que trabalhar com a secretaria de saúde... A questão da intersetorialidade eu não tenho nenhum problema, meu problema é no setor específico da saúde (HAMON).*

*... A assistente social (CRAS) já veio fazer visita aqui na área. Essa equipe sempre deu apoio... a pouco eles não mandaram mais resposta, pois não sei se mudou a equipe, porque agora eu não sei como estar... (LEO).*

Os profissionais apontaram como intersetorialidade serviços que estivessem fora da área e competência da saúde, e que apesar de estabelecer um diálogo, como conseguir local (quadra da escola) para realização das ações de promoção da saúde, esse apoio ainda era considerado um tanto fragmentado, frouxo, desarticulado.

Como neste estudo, Moretti et al. (2010) colocaram que os setores que parecem ser os parceiros mais comuns quando se avalia experiências intersetoriais são a saúde, a educação e a assistência social, apesar de essas iniciativas acontecerem de forma muito informal e sem planejamento prévio.

O entendimento de que os resultados da saúde alcançados por meio de medidas intersetoriais são mais abrangentes do que se forem realizadas de modo isolado é essencial. A troca e a construção coletiva dos diversos saberes e práticas entre os setores envolvidos na promoção da saúde podem resultar em melhorias significativas das ações de promoção da saúde desenvolvidas pela ESF.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado com 19 profissionais da AB de Juazeiro do Norte, Ceará, evidenciou-se a necessidade de discussão sobre a promoção da saúde e suas ações para realizá-las na terceira idade, revelando ser indispensável o debate e a reflexão sobre a temática no município.

Neste estudo, a promoção da saúde foi compreendida como a capacidade de emponderamento dos sujeitos para que possam alcançar estados favoráveis de qualidade de vida, sendo a participação comunitária no processo de planejamento e execução das ações de saúde fundamental.

O questionamento sobre a compreensão de promoção da saúde aos profissionais entrevistados elucidou concepções de prevenção, educação em saúde e qualidade de vida, os participantes associaram a promoção da saúde como forma de intervir no processo de adoecimento, como primeiro estágio ao combate à doença, motivando a reflexão sobre a forte influência das concepções da saúde focada ao combate ao processo de adoecer. Evidenciou-se uma tentativa de associação ao emponderamento, pois os entrevistados expressaram o autocuidado nas suas concepções, apesar de tímida, esse olhar pode revelar o interesse por parte das equipes no desenvolvimento de estratégias que possam permitir que o indivíduo, dentro da sua comunidade, possa ser um agente transformador de sua condição e melhorar sua qualidade de vida.

A educação em saúde foi mencionada pelos profissionais, esta deve buscar a participação dos sujeitos, com metodologias ativas, buscando o desenvolvimento crítico e reflexivo das ações de saúde, transformando assim sua realidade. Contudo, em muitos momentos, uma educação em saúde foi vista como prescritiva, dominante, para uma saúde “mais segura e adequada”. Urgindo a necessidade de trabalhar com esses profissionais as concepções teóricas e metodológicas da Educação Popular em Saúde e da Teoria da Problematização, necessários para emponderar a comunidade para a promoção da saúde e de seu território.

A compreensão de promoção da saúde ainda associada ao modelo “medicalocêntrico”, voltado para atenção “compartimentalizada”, sendo a assistência realizada por grupos considerados de risco, contrariando a visão integral da mesma. Necessitando discutir mais amplamente o conceito de promoção da saúde, a fim de que

a compreensão desta seja embasada nos documentos sustentadores, sendo assim efetivamente construída a partir da atuação no território de profissionais, gestores e usuários.

Em relação às ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes da ESF, foram mencionadas ações de caráter coletivo, como atividades com grupos, reuniões, roda de conversa, palestras e orientações em sala de espera. Trazendo, ainda, outras de cunho pontual, como orientações durante a consulta individual e encaminhamento para serviços especializados.

Apesar das potencialidades apontadas no trabalho com grupos, no estudo, os atores relataram o acontecimento desses de modo esporádico, não planejado, podendo resultar em ações de promoção descontínuas, com possibilidade de baixo impacto para comunidade e seu território.

As ações de promoção em sala de espera foram mencionadas pelos profissionais do estudo. Espaços que podem configurar momentos potenciais de trocas de saber e saberes, ser um local a realização de ações para promoção da saúde, utilizando os grupos, com rodas de conversa, dentre outras estratégias. Contudo, na pesquisa, esses locais são mencionados para o aproveitamento da demanda, pois em nenhuma das unidades de saúde, os profissionais consideraram a estrutura e materiais suficientes e adequados para acontecer um diálogo qualificado. Necessária, assim, reflexão acerca das atividades em sala de espera na perspectiva problematizadora, sendo os usuários não meros portadores de doenças, mas, sobretudo, sujeitos históricos e singulares.

As ações de promoção da saúde, ancoradas na prática de educação em saúde, devem buscar a transformação da realidade, cujos participantes desses momentos sejam coparticipantes, sendo a dialoicidade um caminho para o rompimento do modelo tradicional e hegemônico enraizado na doença, abrindo espaço para o emponderamento coletivo.

No estudo, apesar de os entrevistados terem mais de cinco anos na ESF, e pelo menos um ano na ESF atual, supondo a criação de vínculo e conhecimento da realidade local, resultando em estratégias para trabalhar a promoção da saúde, foram mencionados a não realização de ações de promoção da saúde para a terceira idade pela equipe.

Observou-se a desarticulação das equipes no planejamento e na execução das ações de promoção da saúde. Necessitando, assim, de reflexão por parte da gestão e equipes da ESF, pois os trabalhadores da AB são os responsáveis para atuarem nessas ações, utilizando metodologias capazes de propor o diálogo, combatendo o modelo medicalizado, ainda, preponderante nos espaços de trabalho.

A pesquisa revelou as dificuldades apontadas pelos entrevistados sobre a realização ou não das ações de promoção da saúde à pessoa idosa, sendo encontrados entraves relacionados à formação e estrutura curricular de alguns profissionais envolvidos, falta de espaço para acontecerem tais atividades, deficiência no apoio da gestão e no processo de trabalho da equipe da ESF e inexistência ou obstáculos quanto à intersetorialidade.

Os relatos dos profissionais expressaram carente necessidade de informação para capacitação sobre a temática “saúde da pessoa idosa”, com assuntos relacionados à senescência e senilidade, envolvendo a geriatria e gerontologia na prestação de cuidados. Assim, questionou-se como o município vinha se organizando para concretizar as propostas apontadas pelos documentos ministeriais, embasados em outro conjunto de documentos oficiais, que definem a necessidade de priorização de melhoria nas ações relativas à população geriátrica.

O estudo proporcionou a reflexão de que além da necessidade de um trabalho multiprofissional e integrado, sendo a pessoa idosa a figura central, destaca a necessidade de mudança de um modelo focado na doença, sendo priorizados aqueles que já a possui, ocultando aqueles que permanecem em silêncio, sem frequentarem a unidade de saúde, ou que mesmo desconhecem sua condição de saúde/doença.

Contudo, alguns relatos evidenciaram fragilidade em relação ao trabalho em equipe na ESF sentido pelos participantes. A falta de integração pode resultar em assistência, cuidado desumanizado, fragmentado e centrado apenas no “adoecer” e não no indivíduo e família. O encontro entre os profissionais foi enfatizado como parte importante do trabalho em equipe, mas, acabava não existindo, de modo que as atividades aconteciam de forma qualificada.

O trabalho individualizado, focado na atenção “médica”, com profissionais desarticulados e inexistência de uma equipe interdisciplinar se evidenciou como uma preocupação pela fragmentação do processo de trabalho e o baixo grau de interação entre os profissionais da equipe. Destacou-se a desarticulação da ESF e NASF como

aspecto muito enfatizado pelos depoentes, ou por inexistir essa aproximação ou por existirem outros entraves que dificultam a execução das atividades do NASF.

Outra dificuldade muito enfatizada foi a falta de intersetorialidade na realização das ações de promoção da saúde, sendo esta um ponto forte para articulação de práticas para a garantia de resolução de problemas mais complexos relacionados à saúde dos sujeitos. Já outros profissionais apresentaram nos relatos uma parceria com alguns serviços que prestavam assistência social e de saúde existentes no município, como o Centro de Referência do Idoso (CRI), com o CRAS e a Secretaria de Educação nas suas ações de promoção da saúde à pessoa idosa.

Apesar da existência dessas parcerias, ainda, evidenciava-se que a comunicação ocorria por questões de conhecimento de profissional da ESF e dos serviços mencionados, sem rede de assistência cujo serviço fosse referência também para outros profissionais da ESF, pois no município estudado inexistia rede de assistência articulada e integrada em relação à saúde da pessoa idosa.

A partir dessa discussão, urge construção de uma rede de apoio à saúde da pessoa idosa, de forma compartilhada entre profissionais, gestores e comunidade, a fim de organizar os serviços para que não somente as ações de promoção de saúde aconteçam de forma adequada, mas, sobretudo, que as pessoas idosas possuam serviços qualificados em todos os níveis de assistência.

A promoção da saúde da pessoa idosa deve ter como base a mudança no olhar a essa parcela da população, de modo a reconhecer esse grupo etário como sujeitos potencializadores, buscando sua participação ativa nas discussões sobre a sua saúde, em busca de uma qualidade de vida adequada.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. C. F. et al. Envelhecer com Saúde. In: ROCHA, A. M.; ISIDORO, N. J. X. (Org.) **A Terceira Idade em Múltiplos Olhares e Saberes**. Fortaleza: Imprece, 2012. p. 55-65.

ALENCAR, M. S. S. et al. Percepções dos profissionais de saúde da família a respeito da atenção à pessoa idosa em Teresina-PI. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 475-485, 2010.

ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 21, v. 2, p.401-408, 2012.

ARAGAKI, S. S.; RIBEIRO, L. G. Saúde e envelhecimento em periódicos de saúde brasileiro (200-2009). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 97-107, 2012.

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Educação em Saúde: Reflexões para a Promoção da Vigilância à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.) **Epidemiologia & Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ANDRADE, S.R.; MEIRELES, B. H. S.; LANZONI, G. M.M. Educação Permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70 Lda. Lisboa/ Portugal, 2010.

BEZERRA, I. C.; ALMEIDA, M. I.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M., Estudos sobre envelhecimento no Brasil: Revisão bibliográfica. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 15, p. 155-167, 2012.

BEZERRA, J. M. et al. O Serviço de Saúde Pública em Juazeiro do Norte na Visão dos Idosos. In: NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. I.; ANDRADE, J. T. **Formação Diferenciada: a Produção de um Grupo de Pesquisa**. Fortaleza: EdUECE, 2009.

BRASIL. **Lei Nº 8. 842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm) Acesso em: 20 mai 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno 19).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno 19).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003** [Internet]. Dispõe sobre o estatuto do idoso. Brasília. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/idoso.pdf>> Acesso em: 12 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da saúde**. Brasília: CONASS. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, vol 3, 2011)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org). **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões e tendências**. 2. ed.Ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 19-42.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CIDRACK, M. L.; QUEIROZ, H. M. C.; ALMEIDA, P. C.O Papel da saúde bucal na promoção da saúde do idoso. In: NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. I.; ANDRADE, J. T.**Formação diferenciada: a produção de um grupo de pesquisa**. Fortaleza: EDITORA UECE, 2009. p. 251-262.

CIOSAK, S. I. et al.Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **RevEscEnferm USP**.,v. 45, n. esp. 2, p.1763-1768, 2011.

COELHO FILHO, J. M. Saúde do Idoso. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.) **Epidemiologia & Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

COUTRIM, R. M. E. Algumas considerações teóricas e metodológicas sobre estudos de sociologia do envelhecimento. **RevBrasGeriatrGerontol.**,Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 67-87, 2006.

COMBINATO, D. S. et al.“Grupos de Conversa”: Saúde da pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 558-568, 2010.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FARINATTI, P.T. V. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas**. Barueri, São Paulo: Manole, 2008.

FERREIRA, O. G. L.et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: Contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-line [Internet]. Belo Horizonte: Campinas, 1999. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Acesso em: 09 mar. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GONÇALVES, G. et al. Um Momento Dedicado à Espera e à Promoção da Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**,v. 33, n. 4, p. 1000-1013, 2013.

GIMENES, G.F. Uso e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **RevTrabEduc Saúde**, Rio de Janeiro,v. 11, n. 2, p. 291-318, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GONDIM, A. P. S. et al. Autopercepção do Idoso Sobre Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde. In: SAINTRAIN, M. V.; PINHEIRO, C. P. O.; SILVA, R. M. (Org.). **Saúde do Idoso: estudos e práticas no processo do envelhecimento**. Fortaleza: Edições UFC, 2012. p. 251-268.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2008**. Um panorama da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JUAZEIRO DO NORTE. **Relatório Anual de Gestão**. Juazeiro do Norte, 2011.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 499-513.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: Prevenção e promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MALTA, D. B. et al. A construção da Vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MARQUES, J. B. Concepção dos Médicos da Atenção Primária de um município do interior do Ceará sobre saúde do idoso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 234-242, 2012.

MARIN, M. J. S. et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 129-147, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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

MINAYO, M. C.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Entre a Liberdade e a Dependência: Reflexões Sobre o Fenômeno Social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ, 2002. p. 11-24.

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

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OHARA, E. C. C.; RIBEIRO, M. P. Saúde do Idoso. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Org.) **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.p. 323-386.

OLIVEIRA, L.P.B.; MENEZES, R.M.P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 301-309, 2011.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. **TrabEduc Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129-147, 2014.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPPALÀ NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 39-56.

PIMENTEL, A. F.; BARBOSA, R. M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 15, n. 38, p. 741-754, 2011.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. D.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 17, p.2105-2115, 2012.

PINHEIRO, F. M. C. **A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde bucal no atendimento do PSF**. 2006. 163f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

PITANGA, D. A. **Velhice na cultura contemporânea**. 2006. 191f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para as mudanças das práticas. **Interface- Comunic, Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 655-676, 2007.

ROCHA, D. L.; ROCHA, N. F. L. Uma Visão jurídica do Idoso. In: ROCHA, A. M.; ISIDORO, N. J. X. (Org.) **A Terceira Idade em Múltiplos Olhares e Saberes**. Fortaleza: Imprece, 2012. p. 143-157.

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, 2007.

RODRIGUES, C. C., RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da Saúde: A concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **RevTrabEduc Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 235-255, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças in: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p 15-30.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SASAKI, A. K.; RIBEIRO, M. P. D. S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em uma centro de saúde em São Paulo, Brasil. **RevBrasMedFam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 155-163, 2013.

SIQUEIRA, I. A. et al. Envelhecimento Humano: condicionantes socioculturais em populações de idosos em municípios do Estado do Ceará. In: NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. I.; ANDRADE, J. T. **Formação diferenciada: a produção de um grupo de pesquisa**. Fortaleza: EDITORA UECE, 2009. p. 263-277.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Consolidado da Fcha A das Equipes da ESF em Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte: Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte, 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Consolidado da Fcha A das Equipes da ESF em Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte: Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte, 2013.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ, 2002. p. 25-33.

VERAS, R. Envelhecimento Humano: Ações de promoção a saúde e prevenção de doenças. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado com o idoso. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.231-238, 2012.

VONO, Z. E. **Enfermagem Gerontológica: Atenção à Pessoa Idosa**. São Paulo: Editora SENAC, 2007.

ZAMBANEDETTI, G. Sala de Espera como estratégia de Educação em saúde no Campo da Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1075-1088, 2012.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO  
ESTUDO**

À Secretaria de Saúde do Município de Juazeiro do Norte-CE

Senhor Secretário,

Venho por meio deste, solicitar a V. Sa. autorização para realizar uma pesquisa intitulada **Promoção da Saúde da Terceira Idade: Percepções e Práticas dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família**, a ser realizada junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família desse município, e que tem por objetivo de analisar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a promoção da saúde na terceira idade, no município de Juazeiro do Norte, Ceará.

Os dados obtidos serão utilizados como resultado de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e divulgados junto à comunidade científica, visando contribuir para reflexão sobre a promoção da saúde na terceira idade no cenário da ESF. Entendemos, ainda, que trará contribuições ao desenvolvimento da Região do Cariri, fomentando a pesquisa para o crescimento sociocultural.

Certa de contar com vossa atenção e com seu valioso apoio, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

---

Ana Paula Ribeiro de Castro (Orientanda)

---

Profa. Dra. Maria Irismar Almeida (Orientadora)

Fortaleza, CE. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Paula Ribeiro de Castro, aluna matriculada no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará – UECE RG: 94002230044, estou realizando a pesquisa intitulada **Promoção da saúde na terceira idade: percepções e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**, sob a orientação da professora Maria Irismar de Almeida, que tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a promoção da saúde na terceira idade. Por essa razão, o (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista, sendo esta gravada, contendo aspectos referentes à percepção sobre promoção da saúde, especificando a atuação na população geriátrica. O instrumento utilizado não possui a intenção de causar constrangimento aos sujeitos do estudo, em vista que o conteúdo das gravações será arquivado, de modo que somente os pesquisadores terão acesso para fins de pesquisa. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de que os profissionais possam compreender a relevância do trabalho do tema saúde em relação à promoção da saúde na terceira idade para a ESF e a melhoria da qualidade de vida da população nessa idade cronológica. Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nas entrevistas e nem quando os resultados forem apresentados. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, contato pelo telefone: (85) 3101- 98-10. Se o (a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá assinar, e receberá uma cópia deste Termo.

---

Assinatura do participante

---

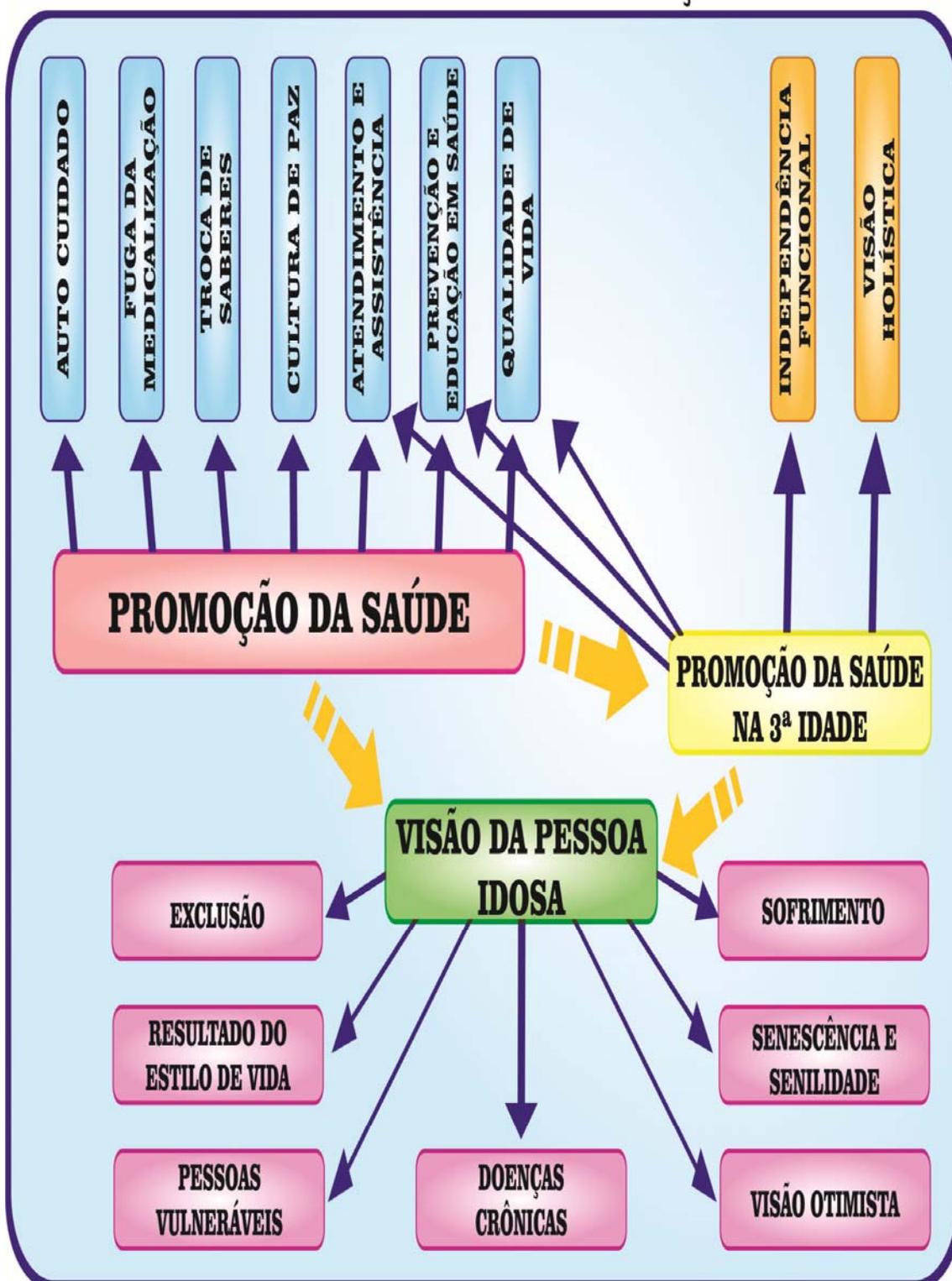
Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Nº de ordem: \_\_\_\_\_

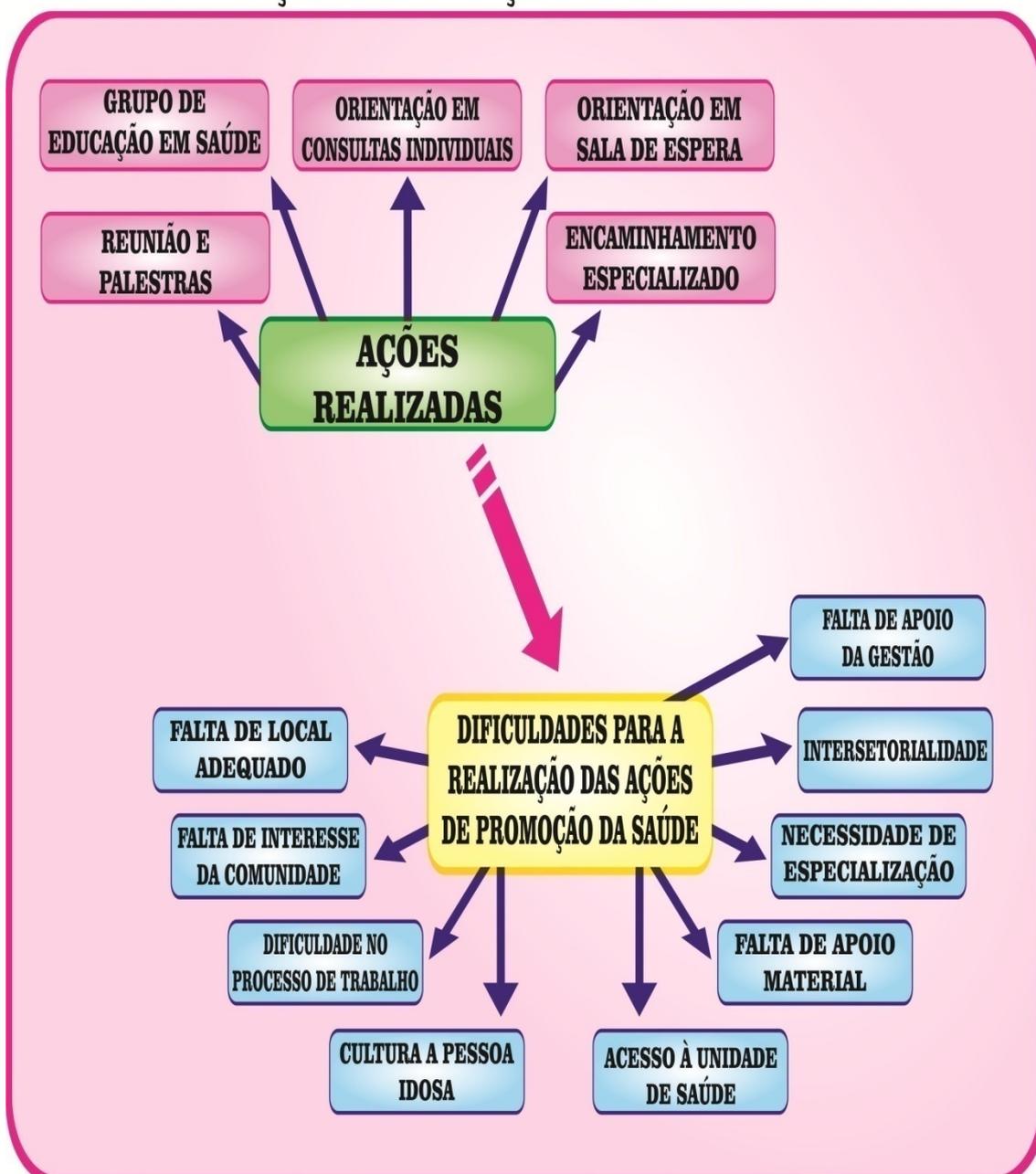
- 1 Caracterização dos sujeitos:
  - 1.1 Profissão: \_\_\_\_\_
  - 1.2 Tempo de serviço na ESF: \_\_\_\_\_
  - 1.3 Titulação: Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ).  
Especificar \_\_\_\_\_
  - 1.4 Curso de capacitação em saúde do idoso: Não ( ) Sim ( ), se sim qual?  
\_\_\_\_\_
- 2 Qual a sua compreensão acerca de promoção da saúde?
- 3 Como você compreende a promoção da saúde na terceira idade?
- 4 Quais ações de promoção da saúde desenvolvidas na sua unidade de ESF voltadas para a população idosa?
- 5 Fale-me como essas ações estão sendo realizadas?
- 6 Quais as estratégias utilizadas nas ações de promoção da saúde com essa população?

## APÊNDICE D- DIAGRAMA 01

**DIAGRAMA 01 - COMPREENSÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

FONTE: PESQUISA DIRETA, 2014.

## APÊNDICE E – DIAGRAMA 2

**DIAGRAMA 02 - AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA TERCEIRA IDADE**

FONTE: PESQUISA DIRETA, 2014.

## ANEXOS

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Pesquisador: Ana Paula Ribeiro de Castro

Título da Pesquisa: **COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A**

**CERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PESSOA IDOSA.**

Área Temática:

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Financiamento Próprio Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

Número do Parecer: 501.675

Data da Relatoria: 16/12/2013

No projeto consta: folha de rosto, termo de consentimento livre e esclarecido para o idoso e profissionais e declaração de anuência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Enviar relatório ao CEP-UECE ao final da pesquisa

Recomendações: As pendências foram atendidas. O projeto atende ao ditames da Resolução CNS 466/2012 vigente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovado

Situação do Parecer: Não

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP: Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

Assinador por:

**DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO**

(Coordenador)

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2013

## ANEXO B - NOMES DE ANJOS<sup>1</sup>

- ADONAI: Um dos sete anjos da presença.
- AMITIEL: Anjo de verdade.
- ANAEL: Anjo que influencia a paixão, o amor e a sensualidade.
- BARAKIEL: Anjo de luz.
- BARMAN: Anjo da inteligência.
- DINIEL: Anjo que protege os bebês.
- DUMAH: Anjo do silêncio.
- HAMON: Um grande, honrado, anjo belo príncipe do céu.
- KALAZIEL: Anjo que tem o poder para impedir os demônios da doença.
- LEO: Anjo que frustra os demônios.
- MICHAEL: “Quem é como Deus”, grande arcanjo cujo nome significa.
- MINIL: Anjo evocado para induzir o amor.
- NANAEL: Anjo que governa as ciências e a filosofia.
- PATHIEL: Anjo cujo nome significa “Abertura de Deus”.
- PURAH: Anjo do esquecimento.
- RAHMIEL: Anjo da misericórdia e do amor.
- RAFAEL: aquele que brilha e cura.
- SABLO: Anjo da bondade e proteção.
- SOPHIA: Anjo da sabedoria.

---

<sup>1</sup>Fonte: [dwcastro.blogspot.com/2012/03/nomes-de-anjos-e-seus-significados.html](http://dwcastro.blogspot.com/2012/03/nomes-de-anjos-e-seus-significados.html).