



**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ**

**MESTRADO PSICOLOGIA**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA**

**PÂMELA STAFIN DAMBROSI FELIZARDO**

**PRÁTICAS REFERENTES AO ENVELHECIMENTO EM UMA UNIDADE**

**BÁSICA DE SAÚDE: PROFISSIONIAS DE SAÚDE E IDOSOS**

**CURITIBA**

**2018**

**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ**  
**MESTRADO PSICOLOGIA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA**

**PÂMELA STAFIN DAMBROSI FELIZARDO**

**PRÁTICAS REFERENTES AO ENVELHECIMENTO EM UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE: PROFISSIONIAS DE SAÚDE E IDOSOS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná como requisito necessário para a obtenção do título de mestre em Psicologia.  
Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Denise Camargo

**CURITIBA**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na fonte  
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"  
Universidade Tuiuti do Paraná

F313 Felizardo, Pâmela Stafin Dambrosi.

Práticas referentes ao envelhecimento em uma unidade  
básica de saúde: profissionais de saúde e idosos / Pâmela  
Stafin Dambrosi Felizardo; orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise  
Camargo.

104f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,  
Curitiba, 2018.

1. Idoso. 2. Política pública. 3. Promoção da saúde.  
4. Práticas de saúde. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia / Mestrado em Psicologia.  
II. Título.

CDD – 613.0438

Nome: Pâmela Stafin Dambrosi Felizardo

Título: Práticas referentes ao envelhecimento em uma Unidade Básica de Saúde:

Profissionais de saúde e idosos

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Social Comunitária.

Aprovado (a) em: 25/06/2018

**Banca examinadora**

**Professora orientadora Doutora Denise de Camargo**

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura \_\_\_\_\_

**Professor Doutor Adriano Valério dos Santos Azevedo**

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura \_\_\_\_\_

**Professora Doutora Norma da Luz Ferrarini**

Instituição: Universidade Federal do Paraná

Assinatura \_\_\_\_\_

Em especial: ao meu marido e a nossa surpresa Sophia que, com muita paciência e amor incentivaram essa jornada!

## **Agradecimentos**

À orientadora Denise de Camargo, que com sua paciência, compreensão e conhecimentos possibilitaram orientações maravilhosas. Obrigada pela oportunidade de te conhecer e ter sido sua orientanda!

Aos meus pais e meus irmãos, que deram muitas e muitas forças.

Aos velhos e novos amigos, que sempre me apoiaram.

Aos professores que auxiliaram e contribuíram durante o processo.

À Unidade de Saúde, que acolheu a pesquisa, aos profissionais de saúde e aos idosos que contribuíram para a pesquisa.

Ao professor Adriano Valério dos Santos Azevedo e à professora Norma Ferrarini pelas contribuições e participação como membros das minhas bancas de qualificação e defesa.

Ao meu marido, que durante todo o processo acompanhou os momentos de alegrias e desesperos. Obrigada pelos seus milhares e milhares de incentivos para que no final tudo desse certo.

A nossa maior descoberta no meio do mestrado, Sophia, desde a gestação até o nascimento foi companheira e compreensiva, obrigada filha.

A todos que de uma ou outra forma me auxiliaram para a conclusão do trabalho.

## Resumo

O trabalho teve como objetivo conhecer as práticas relacionadas ao envelhecimento desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em uma região de Curitiba. A pesquisa é qualitativa e interpretativa, do tipo exploratória com fundamentos na Psicologia Social Comunitária e nas Teorias da Prática. A relevância desta pesquisa está em trazer reflexões relacionadas ao tema envelhecimento na área de saúde, buscando indicadores do panorama atual do serviço de promoção da saúde e prevenção de doenças dirigidos à população idosa. A finalidade foi trazer subsídios para melhorar as necessidades emergentes da crescente demanda do envelhecimento dentro dos princípios de integralidade, e do respeito à cidadania e aos direitos à saúde dos idosos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três profissionais de saúde para investigar quais conhecimentos das políticas e práticas de saúde adquiriram durante a formação acadêmica em relação ao envelhecimento, e como desenvolvem seus trabalhos com os idosos. Também foram feitas entrevistas com quatro pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos que frequentam a UBS, com o objetivo de conhecer o itinerário da pessoa idosa desde o motivo da procura do serviço, reconstruindo o processo e os procedimentos decorrentes do atendimento. Os dados analisados na perspectiva das práticas discursivas indicam que as práticas desenvolvidas são voltadas exclusivamente aos cuidados com as queixas e com as doenças, e que não ampliam para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A promoção da saúde é reduzida a exercícios físicos. Em relação aos motivos que levam os idosos a procurarem a UBS referem-se principalmente à busca do atendimento para curar alguma enfermidade, controlar alguma doença crônica ou buscar medicações. Conclui-se que a formação desses profissionais ofereceu uma visão limitada sobre o envelhecimento e suas potencialidades, não possibilitou conhecimento de outras dimensões do envelhecer e não contribuiu para que o profissional tivesse informação quanto aos trabalhos voltados à promoção na atenção à saúde da pessoa idosa.

**Palavras Chave:** Idoso; Política Pública; Promoção Da Saúde; Práticas De Saúde.

## **Abstract**

The aim of this study was to know the practices related to aging developed in a Basic Health Unit (UBS) in a region of Curitiba. This exploratory-type research is qualitative, interpretative, and based on Community Social Psychology and Practice Theories. The relevance of this research is to bring insights related to aging in the area of health, looking for indicators of the current scenario of health promotion and disease prevention services directed to the elderly population. The purpose was providing resources to improve the needs emerging from the growing demand of aging within principles of integrality, respect for citizenship, and the rights to health of the elderly. Semi-structured interviews were conducted with three health professionals to investigate which knowledge of health policies and practices they acquired during their academic training on aging, and how they develop their work with the elderly. Interviews were also conducted with four people aged sixty or more who attend the UBS to survey the itinerary of the elderly, starting with the reason they seek the services of the unit, reconstructing the process and the procedures resulting from their care. The data analyzed from the perspective of discursive practices indicate that the practices developed are exclusively concerned with complaints and diseases, and do not extend to actions to promote health and prevent diseases. Health prevention is reduced to physical exercises. As for the reasons that lead the elderly to seek the UBS, the most mentioned are seeking care to cure diseases, controlling chronic diseases or seeking medication. This study concluded that the training of these professionals offered a limited view on aging and its potentialities, did not provide knowledge on other dimensions of aging and did not inform the professional about the work aimed at promoting health care for the elderly.

**Key-words:** Elderly; Public Policie; Health Promotion; Health Practices.



## Sumário

<b>1 Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Referencial Teórico.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Envelhecimento .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Políticas Públicas para o Idoso .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 Psicologia Social Comunitária e Práticas de Saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>2.4 Grupos de Promoção da Saúde com Idosos.....</b>	<b>29</b>
<b>2.5 Profissionais de Saúde e Envelhecimento Ativo.....</b>	<b>31</b>
<b>3 Percurso Metodológico .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Análise de Dados .....</b>	<b>40</b>
<b>3.2 Contexto da Pesquisa.....</b>	<b>42</b>
<b>4 Apresentação dos Resultados e Discussão .....</b>	<b>46</b>
<b>5 Considerações Finais .....</b>	<b>78</b>
<b>6 Referências.....</b>	<b>82</b>
<b>Apêndice A - Roteiro de Entrevista com profissional de saúde.....</b>	<b>96</b>
<b>Apêndice B- Roteiro de Entrevista com os idosos.....</b>	<b>97</b>
<b>Apêndice C – Carta de Autorização da Instituição .....</b>	<b>98</b>
<b>Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais da Área de Saúde) .....</b>	<b>99</b>
<b>Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Idoso).....</b>	<b>102</b>

## **Apresentação**

Após a formação em administração de empresas e experiência em trabalhar no mercado de trabalho na área de gestão de pessoas, senti a falta de uma especialização voltada a conteúdos voltados em como trabalhar com pessoas. Assim, depois de concluir uma pós graduação em gestão de pessoas me apaixonei e resolvi realizar uma graduação em psicologia.

Essa graduação me incentivou a cursar o mestrado em psicologia social comunitária para enriquecer meus conhecimentos e posteriormente poder ter a oportunidade de lecionar como professora universitária que é uma área que também sou apaixonada. Particpei da seleção do mestrado e tive como orientadora a professora Denise de Camargo. Conversamos sobre as possibilidades de pesquisa, no início minha idéia era trabalhar com pessoas com deficiência porém, após discussões e possibilidades de pesquisa, acabamos trabalhando com o envelhecimento, área que me deixou fascinada.

A professora Denise durante o trabalho auxiliou com a pesquisa indicando bibliografias que cada vez mais me instigava conhecer sobre o envelhecimento. Assim, com a calma, paciência e incentivo da professora Denise de Camargo, do meu marido e da minha família, cursei o mestrado e ao mesmo tempo a graduação em psicologia na Universidade Tuiuti do Paraná.

No meio do caminho descobri que estava grávida e com algumas limitações de saúde, o que fez alterar alguns planos da pesquisa do mestrado para conciliar o estudo com a gravidez e com a saúde. Após tempo dedicado a leitura, pesquisas e enriquecimento de informações conseguimos concluir o mestrado com o tema Práticas referentes ao envelhecimento em uma Unidade Básica de saúde: profissionais de saúde e idosos.



## 1 Introdução

A população idosa está aumentando em nossa sociedade. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), em 2000 havia aproximadamente 14,2 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, aumentando para 19,6 milhões em 2010, com previsão de 73,5 milhões para o ano de 2060.

Gonçalves (2015) afirma que o aumento das pessoas em idade de envelhecimento pode ser justificado pela diminuição da taxa de fecundidade, e pelo aumento de expectativa de vida das pessoas. De acordo com o IBGE (2013), a queda da taxa de fecundidade iniciou-se a partir de 1970, sendo que entre 1950 e 1960 a média de filhos por mulher era de 6,2, e em 2013 esse número caiu para 1,7 filhos por mulher. Conforme destacam Ascari, Comiran, Farias e Ferreira (2015, p. 104), a explicação deve-se também “... pelo desenvolvimento tecnológico e urbano, que tem proporcionado maior esperança de vida aos indivíduos.”.

Dados do IBGE (2013) apontam que nos anos de 1950 a expectativa de vida era inferior a 50 anos, e em 2013 passou para 74,8 anos, com projeção média para 2030 de 82 anos para a mulher e de 75,3 anos para o homem – o que demonstra o aumento significativo. Outro fator que indica a esperança de vida ao nascer é a taxa de mortalidade infantil: em 1950, eram 135 óbitos a cada mil nascimentos vivos, contra 15 óbitos a cada mil nascimentos vivos no ano de 2013. Em um país com tantas diferenças econômicas, sociais e culturais, essa transição demográfica é um grande desafio que exige medidas da sociedade como um todo para garantir suporte social, amparo, qualidade de vida e condições dignas de acesso e cuidado à saúde e à aposentadoria.

Entre outras questões que exigem mudanças, precisa-se destacar a forma como as pessoas mais velhas são representadas em nosso universo simbólico. Em nossa

cultura, é predominante um conjunto de estereótipos com significado negativo em relação ao envelhecimento (Goldenberg, 2014). A “velhice”, no Brasil, é representada como uma fase da vida desligada das anteriores, como se as pessoas velhas perdessem a capacidade de controle sobre suas vidas, e como se as habilidades e competências desenvolvidas e o conhecimento construído durante a trajetória de vida dessas pessoas desaparecessem com o envelhecimento. A representação negativa sobre o envelhecimento coloca as pessoas idosas no lugar do “não saber”, ou de um saber que foi ultrapassado e que perdeu valor e aplicabilidade na sociedade atual. São essas concepções que afastam o idoso da vida social e de uma vida ativa, colocando-o à margem da participação social. No entanto, a participação na comunidade é um direito das pessoas e deve ser assegurado em todas as fases de vida, inclusive na velhice. Segundo o artigo 230 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988), “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Os dados demográficos indicam que Curitiba também conta com uma população envelhecendo, sendo constituída atualmente por 30 mil pessoas acima de 80 anos, enquanto nasce uma média de 22 mil crianças. Essa nova realidade demográfica vem exigindo mudanças na área da saúde, de um modelo que atende eventos agudos para modelos que auxiliem nos cuidados das doenças crônicas e promovam programas e ações para a promoção de saúde e prevenção de doenças (Curitiba, 2017). Isso, portanto, passa a exigir a participação das pessoas, das famílias e o envolvimento da comunidade nos cuidados dos idosos.

Dentro dessa mudança de perspectiva, a responsabilidade de promoção da saúde deixa de ser uma questão exclusiva dos profissionais de saúde e passa a ser de todos os

setores da sociedade que precisam compartilhar os cuidados na proteção de todos. A promoção da saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar, com o objetivo de criar e fortalecer elos entre diversos setores e programas, ampliando a ação, não apenas dentro do chamado “setor de saúde” propriamente dito, mas envolvendo também outros setores do governo, organizações não governamentais e movimentos sociais (Carvalho, 2008).

Nesse contexto de aumento significativo da população idosa na cidade de Curitiba, coerente com a política do Estado brasileiro para a saúde e em defesa do princípio da integralidade, este estudo tem como objetivo geral investigar as práticas desenvolvidas em relação ao envelhecimento em uma Unidade de Saúde, na cidade de Curitiba.

No Brasil, as ações dos serviços no campo do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa começam a ser orientadas pela Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa – definida como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. Em 1999, foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que reafirmou os princípios da Política Nacional do Idoso no âmbito do SUS. O Estatuto do Idoso, publicado em 2003, reafirma os direitos e atribui à área da saúde a garantia de atenção integral aos idosos, por meio do Sistema Único de Saúde. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações sobre o envelhecimento ativo como diretriz para a política de saúde. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, estando baseado em três frentes inter-relacionadas: saúde, participação e segurança.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na sua versão atualizada de 2006, estabelece como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros,

compreendendo que a incapacidade funcional e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento. Assim, essa versão da política estabelece as seguintes diretrizes: Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Portaria GM/MS nº 2.528, 2006).

Embora as orientações previstas nessa Política continuem atuais e adequadas, ainda existem lacunas entre as ofertas das redes de atenção básica e as demandas específicas dessa população (Brasil, 2014). Em 2013 é estabelecido o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.

Ressaltamos a importância de estudos relacionados ao tema envelhecimento para que seja possível atender à demanda dessa população, objetivando o alcance de uma vida saudável e ativa. Não podemos esquecer de valorizar as condições socioeconômicas como um dos determinantes fundamentais para a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas idosas (Sicoli & Nascimento, 2003).

Os princípios da política de saúde brasileira apontam para outra forma de interpretar as necessidades na área, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista e individual, mas ampliando para a perspectiva social, contextual, histórica e coletiva. É nessa concepção que as políticas de saúde vêm ao encontro dos fundamentos da Psicologia Social Comunitária, a qual congrega conhecimentos e

práticas da psicologia que visam a contribuir para uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e grupos, tendo como princípios a valorização da participação comunitária, a consideração dos direitos, a percepção das pessoas na sua integralidade e a valorização de sua cultura. (Góis, 2008; Freitas 2015).

Desses princípios decorre a compreensão de que os problemas cotidianos enfrentados pelas pessoas devem ser resolvidos com a efetiva participação dos membros das comunidades. Assim, a área da Psicologia Social Comunitária prioriza os trabalhos de pesquisa-ação e pesquisa participante, ou de investigações que abram espaço para a expressão dos sujeitos, implicando-os nas questões de sua comunidade.

Portanto, nesta pesquisa, optamos pelo desenho das metodologias qualitativas as quais, segundo Sampieri, Collado e Baptista Lucio (2013), auxiliam no entendimento do objeto de estudo pela perspectiva dos participantes, por meio da compreensão da subjetividade, seus pontos de vistas, visões da realidade e os significados que carregam e expressam nos relatos de suas experiências pessoais.

O enfoque da pesquisa qualitativa exigiu a construção de um arcabouço teórico que fundamentasse a pesquisa e revelasse a história da ideia de envelhecimento presente em nossa cultura. O objetivo dessa construção teórica, então, foi buscar pesquisas, trazer conceitos e criar modelos que reconstruíssem momentos importantes implicados com a temática do envelhecimento. Com a ajuda desses mediadores, olhamos as práticas desenvolvidas em relação ao envelhecimento como significados e ações que são criações, apropriações e usos de formas sociais de fazer coisas, ou seja, de práticas sociais construídas e reproduzidas na comunidade, e não entidades “naturais” e imutáveis.

O conceito de prática buscamos principalmente nos estudos de Nicolini (2013), que define práticas como um horizonte no qual estão inseridas ações discursivas e



materiais, as quais são possíveis e adquirem sentido. Ainda, são contingentes e materialmente mediadas, e só podem ser compreendidas com referência contextual (lugar, tempo e histórico), são conquistas sociais e emergem de uma teia de relações e dependência mútua (teoria ator-rede – ao mesmo tempo o ator faz a rede e também é feito por ela), dependem da reflexividade humana, e são mutuamente ligadas e constituem um elo (textura, campo<sup>1</sup> ou rede). (Nicolini, 2013; Shatzki, 2001; Gherardi, 2002).

Partimos da distinção de Nicolini (2013) em que as práticas são constituídas por ações discursivas e materiais e, assim, nesta investigação, o foco do estudo se deu na ação discursiva. Portanto, produzimos os dados por meio de entrevistas com a finalidade de recuperarmos as ações discursivas sobre as práticas desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde estudada. Realizamos entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde e com as pessoas idosas para compreendermos através dos discursos dos entrevistados quem são os atores envolvidos, o que fazem e o que está implicado na realização das práticas.

Considerando o exposto acima, o propósito desta dissertação foi trazer reflexões relacionadas ao tema envelhecimento na área de saúde, buscando indicadores de como está o panorama atual do serviço de promoção da saúde e prevenção de doenças da população idosa atendida em uma Unidade de Saúde em Curitiba. Procuramos também conhecer a implementação das políticas públicas criadas para essa população, e buscamos apresentar o campo da Psicologia Social Comunitária e suas contribuições para o desenvolvimento de ações e reflexões sobre o envelhecimento. A finalidade foi

---

<sup>1</sup> Campo em Bourdieu, P. (2004): noção que caracteriza a autonomia de certo domínio de concorrência e disputa interna. Serve de instrumento ao método relacional de análise das dominações e práticas específicas de um determinado espaço social. Cada espaço corresponde, assim, a um campo específico – cultural, econômico, educacional, científico, jornalístico, saúde etc -, no qual são determinados a posição social dos agentes e onde se revelam, por exemplo, as figuras de “autoridade”, detentoras de maior volume de capital.

trazer subsídios para atender as necessidades emergentes da crescente demanda do envelhecimento dentro dos princípios do respeito à cidadania e aos direitos à saúde dos idosos.

Para tanto, esta dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo é composto por esta introdução. O segundo capítulo, por sua vez, compõe o referencial teórico da pesquisa. Apresentamos os seguintes temas: envelhecimento; políticas públicas para o idoso; psicologia social comunitária e práticas de saúde; grupos de promoção da saúde com idosos e profissionais de saúde; e envelhecimento ativo. O tema grupos de promoção da saúde com idosos está sendo apresentado em formato de artigo que está em processo de submissão em um periódico científico. Essas temáticas e os conceitos apresentados formaram o corpo teórico que consideramos relevante para o tratamento do tema envelhecimento e saúde. No terceiro capítulo, relatamos o contexto da pesquisa, descrevemos os participantes, os instrumentos utilizados e o percurso metodológico, explicitando a análise de dados, os procedimentos, bem como os aspectos éticos. No capítulo quatro, logo, expusemos a análise dos dados, os resultados e a discussão. No último capítulo, enfim, apresentamos as considerações finais do trabalho.

## 2 Referencial Teórico

### 2.1 Envelhecimento

Tempo passando, idade aumentando, e pessoas envelhecendo. Assim, “O gerúndio não diz nem sim, nem não; implica uma ação contínua, sem começo nem fim, mas que está sempre sendo. Assim é a vida.” (Guareschi, 2013, p. 9). O tempo cronológico dos sujeitos passa independentemente de qualquer ação humana para uma possibilidade de parar ou voltar no tempo, e as pessoas, ao longo de suas vidas, adquirem e vivenciam histórias, as quais podem determinar o mundo que se está vivendo no presente, ou encontrar meios para melhorar e construir um futuro. Para a construção da vida, não existe um limite de tempo; assim como a paráfrase, a vida é construída no dia a dia (Guareschi, 2013). Nessa passagem de tempo, todas as pessoas que alcançam a idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos passam a fazer parte de um grupo considerado como idoso pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, 2003).

Ao analisarem a questão do sentimento de envelhecimento, as pesquisadoras Silva, Orlandi e Pavarini (2014) consideram o fato de algumas pessoas, nessa fase da vida, não aceitarem as mudanças psicológicas e física devido ao significado presente na nossa sociedade, o qual associa a velhice com cabelos brancos e corpo ultrapassado. Esse significado acarreta o sentimento de estar antiquado perante a sociedade, e é o principal responsável pela busca de padrões de beleza e bem-estar perfeitos que são impostos por este universo simbólico, deixando de lado a questão das atitudes determinantes do envelhecimento com saúde.

Essa falta de aceitação pode ser decorrente da visão estereotipada da sociedade. Casotti e Campo (2011) tratam do desafio do tema, e descrevem que muitas pessoas

relatam que, apesar de alcançarem a idade cronológica de sessenta anos ou mais, não sentem na vivência do dia a dia essa idade, a qual muitas vezes é carregada de estigmas negativos pela sociedade. Esses sentimentos negativos já haviam sido apresentados por Beauvoir em seu livro *A velhice*, de 1976, no qual relata que a idade marcada cronologicamente não é necessariamente a mesma idade vivenciada ou sentida no dia a dia.

Portanto, o conceito do que é ser “velho” na sociedade, carregado de significados negativos, é produto de uma construção social que foi transmitida por gerações anteriores, de acordo com as histórias vivenciadas naquelas épocas. As histórias e os conhecimentos são transmitidos de uma geração para outra por meio da linguagem e dos discursos produzidos pela sociedade, os quais acabam por objetivar e tipificar as pessoas, produzindo significados às mesmas (Berger & Luckman, 2014). Nesse contexto, o termo “velho” – utilizado para aquele que não tem potencial para produzir, ter uma vida autônoma, independente e ser apropriado para participações na sociedade – é resultado de um discurso que foi produzido e reproduzido pela sociedade, resultando na aceitação de uma verdade. Entretanto, a compreensão da velhice não deve ter como foco somente o fator biológico, pois fatores sociais e culturais e a trajetória de vida de cada um, marcada por perdas e ganhos (familiares, atividade social, sonhos e alteração na aparência física), implicam diretamente no processo de envelhecer (Freitas, Queiroz & Souza, 2010).

Até a década de 1960, o envelhecimento era associado à perda de capacidade cognitiva e às perdas que ocorreriam na vida, conseqüentemente, estudos relacionados ao envelhecimento não eram vistos como prioridade. A partir de 1960 iniciam novos estudos os quais apontam que o envelhecer não é sinônimo somente do aumento de idade e de perdas na trajetória da vida (Gonçalves, 2015). Barros (2006), Debert (2012)

e Goldenberg (2014) consideram que a percepção de envelhecimento está relacionada ao modo como os idosos concebem esse processo, e que irá influenciar a sua experiência pessoal de transição para a velhice.

Bauman (2005) recorda que estamos vivenciando um momento em que o consumo preenche as lacunas da solidão e a tecnologia prevalece para ser quem se pretende ser, deixando de lado os sentimentos reais da necessidade do convívio com o outro. Assim, o autor descreve que “Tememos que nos neguem a companhia, corações amorosos, mãos amigas. Receamos ser atirados ao depósito de sucata.” (Bauman, 2005, p. 100). Esse sentimento de solidão e abandono descrito por Bauman (2005) ainda pode ser constatado com maior intensidade entre as pessoas mais velhas que carregam o medo da solidão e possuem o sentimento de não pertencimento à sociedade.

As percepções que os indivíduos têm acerca do envelhecimento refletem em suas formas de pensar e nos julgamentos diante de suas experiências, acabando por determinar o modo como estabelecem metas e objetivos futuros, bem como seu modo de vida. Assim, compreende-se que planejar o futuro e ressignificar o modo de vida pode ser um processo de autorregulação, na medida em que é uma forma de autonomia e possibilidade de aprendizagem e desenvolvimento do indivíduo.

Dados apontam para o aumento da expectativa de vida – fruto de uma transição demográfica representada pela baixa taxa de fecundidade e pelo aumento da população idosa – e para a transição epidemiológica representada pela diminuição na prevalência de doenças, que está sendo observada no mundo (Nasri, 2008). Diante do exposto, surge a necessidade de mudar o significado do conceito do “velho” incapaz, para um “velho” que tem sua história e que sonha ter uma vida ainda a ser vivida.

Certamente, uma das formas de alcançar um envelhecer com saúde se dá pelo olhar na área da saúde e também pela implantação do conceito de promoção de saúde na

construção de políticas públicas. Nesse sentido, Czeresnia (2003) esclarece a diferença entre prevenção e promoção de saúde. O conceito de prevenção relaciona-se às ações anteriores à doença para evitar a proliferação, já a promoção da saúde não se limita à doença, mas busca formas de incentivar ações para a autonomia e o bem-estar da população por meio de trabalhos intersetoriais, que caracterizam o trabalho em conjunto realizado por diversos setores (saúde, educação, trabalho, assistência social, entre outros) para formar e fortalecer ações estratégicas.

A ideia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. (Czeresnia, 2003, p.5).

Portanto, o cuidado com a saúde das pessoas idosas deve ser reformulado, ampliando o foco para as doenças crônicas que afetam essa população a fim de que seja possível controlar, e então permitir um viver com bem-estar, produtividade e independência (Nasri, 2008; Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto & Filizola, 2005). Assis (2005) complementa que refletir sobre as políticas públicas destinadas a assegurar os direitos dessa população significa pensar em ações que previnam doenças e promovam a saúde por meio de trabalhos com a equipe multidisciplinar e com a educação baseada na Educação Popular de Paulo Freire (1987) – a qual instiga a participação da comunidade nas atividades por meio da reflexão crítica do que acontece a volta e das novas possibilidades.

## **2.2 Políticas Públicas para o Idoso**

O conceito e o foco das políticas públicas no Brasil passaram por significativas modificações ao longo dos anos. De acordo com Bertolli (2011), durante os séculos 18 e 19 as ações do governo eram voltadas para a segurança nacional, no sentido de defender o país contra invasões. Somente no século 20 a ideia de promoção do bem-estar social passou a fazer parte das políticas públicas no país.

A trajetória da saúde pública no Brasil tem como marco a colonização e as doenças do século XVII. Segundo Bertolli (2011), sendo um país com significativa história de discriminação, o Brasil iniciou a proteção à saúde somente pela necessidade de manter os trabalhadores saudáveis e com o foco no aumento do capital financeiro.

No final dos anos 70 iniciam os movimentos sociais voltados à redemocratização do Brasil e às lutas sindicais para formação das centrais sindicais. Nesse contexto, com a insatisfação por conta dos poucos serviços de saúde disponíveis, surgem a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), os quais junto ao Movimento Sanitarista buscavam encontrar soluções para a política de saúde nacional. Na década seguinte continuam as discussões sobre saúde-trabalho, e são realizadas as pautas de reivindicações que culminam, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual surgiram os princípios de orientação do sistema de saúde para subsidiar a constituinte de 1988 – que definiu os direitos universais à saúde como deveres do estado brasileiro. O marco foi a elaboração do documento “Pelo direito universal a saúde” (1988), cuja finalidade foi reivindicar o direito das pessoas e a obrigação do estado em oferecer serviços de saúde. Esses movimentos criam os primeiros ideais que depois se realizam no Sistema Único de Saúde (SUS) (Bertolli, 2011).

Nos países desenvolvidos, os idosos começaram a ter visibilidade nos programas sociais a partir da década de 1970, quando os governos, preocupados com a reintegração e a manutenção da autonomia dessas pessoas na sociedade, iniciam programas de proteção social para acompanhar essa população. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, segundo Camarano e Pasinato (2004), o tema começou a ter repercussão na sociedade pelo aumento dessa população e por questões sociais existentes relacionadas à desigualdade, pobreza e exclusão.

A exclusão não é somente pelas condições financeira, culturais, étnicas, bens materiais e econômicos, mas também se expressa pela fragilidade nas relações sociais, causando efeitos na subjetividade de todas as pessoas que sofrem essas condições – entre elas encontramos os idosos. Em uma sociedade em constante desenvolvimento e com rápidas mudanças, as quais impactam na forma e valores da vida cotidiana das pessoas, os idosos são os mais vulneráveis a sofrerem e sentirem-se excluídos do convívio social. Segundo Sawaia (2001, p. 98), “... ao falar de exclusão, fala-se de desejo, temporalidade e de afetividade, ao mesmo tempo em que de poder, de economia e de direitos sociais”. Segundo a mesma autora, estudar a afetividade é compreender que para a manutenção de suas vidas as pessoas não precisam somente do suprimento das necessidades básicas, mas também do afeto, de sentimentos e de emoções. A condição de idoso, quando associada a precárias condições financeiras e fragilidade nos laços familiares e comunitários, pode resultar em um isolamento do convívio social com sérios riscos para a saúde física e mental do idoso. Além dos cuidados necessários à manutenção da saúde geral, é preciso considerar a criação de vínculos e possibilitar ao sujeito continuar a ter voz e lugar para expressar suas necessidades.

Em um país de jovens como o Brasil, por muito tempo os velhos não foram objeto de preocupação da sociedade. O surgimento da Sociedade Brasileira de Geriatria



e Gerontologia, em 1961, e do grupo de convivência que foi criado pelo Serviço Social do Comércio (SESC), em 1963, marca o início da preocupação com o tema envelhecimento no nosso país (Willig, Lenardt & Meier, 2012; Camarano & Pasinato, 2004).

A instituição de uma política nacional para os idosos no Brasil ocorreu somente em 1994. Antes dessa política, as ações governamentais em relação aos idosos eram ações voltadas mais à caridade do que à promoção da saúde e prevenção de doenças. Porém, ainda é necessário que o Brasil se organize para conseguir atender essa demanda, com ações que considerem o sujeito em seus aspectos físico, psicológico e social, para então criar políticas que tenham iniciativas para a promoção, prevenção e reabilitação dos idosos (Fernandes & Soares, 2012).

Conforme dados da Organização das Nações Unidas (2016), a primeira assembleia Mundial para discussão sobre o tema envelhecimento foi em Viena, em 1982, para a elaboração de um plano de ação global e formulação de políticas voltadas à preocupação do tema envelhecimento. Embora o Plano de Viena fosse criado para países desenvolvidos, alguns países da América Latina também aderiram, entre eles o Brasil. Um fato a ser destacado é que o Plano previa ações de independência dos idosos, tendo como consequência aumentos não programados nos gastos públicos (Camarano & Pasinato, 2004).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foi um marco para a iniciativa da Política Nacional do Idoso, que continha questões relacionadas à saúde de toda população, de maneira universal e igualitária (Silveira, Cobalchini, Menz, Valle & Barbarini, 2007). A Constituição de 1988, em seu Artigo 230, assegura que: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua

participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.” (Constituição, 1988).

O direito ao acesso aos serviços de saúde para todos no Brasil, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (1990), com o objetivo de que todos sejam atendidos de forma igualitária, livre de preconceitos, com acesso a todos os serviços, sem custo financeiro, com participação da comunidade, considerando as diferentes necessidades, com ações voltadas à promoção da saúde, sendo reafirmado na Lei nº 8.142/90 (1990).

Somente em 1994 criou-se a Política Nacional voltada para o Idoso, para a garantia dos seus direitos e sua efetiva participação na comunidade, que é a Lei nº 8.842 (1994), a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Em seu artigo 1 estabelece que: “a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Lei nº 8.842, 1994). As questões de saúde estão citadas no artigo 10 (inciso II), que estabelece que se deve garantir o atendimento do idoso no Sistema Único de Saúde realizando programas com medidas preventivas para a saúde do idoso, treinando os profissionais envolvidos, tendo nos concursos públicos a geriatria como especialidade clínica, estudando as doenças que ocorrem com os idosos e desenvolvendo serviços de atendimentos alternativos na área de saúde (Lei nº 8.842, 1994).

Em 2003, é aprovado o Estatuto do Idoso, que apresenta leis e políticas já aprovadas e acrescenta novas questões relacionadas ao direito e seguridade do bem-estar do idoso (Camarano & Pasinato, 2004; Willig et al., 2012; Fernandes & Soares,

2012). A Lei nº 10.741 (2003), que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, em seu artigo 2, estabelece que:

**Art. 2.** o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (Lei nº 10.741, 2003)

Esta Lei nº 10.741 (2003), no capítulo IV, estabelece a seguridade do direito à saúde do idoso, sendo que todos têm direito à prevenção, promoção e proteção da saúde e cuidados das doenças específicas que afetam os idosos por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebe-se uma evolução no Estatuto do Idoso com a inclusão de leis aprovadas anteriormente, porém com a ampliação, considerando uma visão global do idoso com cuidados de longo prazo, incluindo, além da prevenção de doenças, a promoção tanto física quanto mental, e acrescenta os cuidados especiais destinados às doenças que normalmente afetam essa faixa etária (Camarano & Pasinato, 2004). Fernandes e Soares (2012) complementam que o Estatuto, além de englobar as questões garantidas por lei anteriormente, ao considerar o cuidado completo à saúde, acrescenta parágrafos que contribuem para uma melhor qualidade de vida dos idosos na comunidade e com suas famílias.

Em fevereiro de 2006 é publicado, pela Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, que engloba o Pacto pela Vida, o qual estabelece, entre seis prioridades, a saúde do idoso no Sistema Único de Saúde, com implantação da Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa, objetivando o compromisso com as prioridades que interferem na saúde do idoso (Portaria nº 399, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi implantada em 19 de outubro de 2006, pela Portaria nº 2.528, com diretrizes para assegurar uma melhor qualidade de vida aos idosos. Entre as ações estão a promoção de uma vida ativa, saudável e participativa socialmente, com treinamento aos profissionais da área de saúde e apoio a iniciativas de estudos e pesquisas que auxiliem no desenvolvimento de novos trabalhos que favoreçam essa população (Portaria nº 2.528, 2006).

Em setembro de 2013, pelo Decreto nº. 8.114, é estabelecido o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, com o objetivo de que todos os órgãos trabalhem em conjunto com a população para que sejam criados meios para que se alcance um envelhecimento com qualidade de vida, o qual permita liberdade na tomada de decisões, autonomia e participação social – o que resulta no bem-estar mental, social e físico das pessoas (Decreto nº 8.114, 2013).

Conforme o Ministério das Relações Exteriores em julho de 2015, é estabelecida a Convenção Interamericana sobre a proteção dos direitos humano dos idosos, que tem como objetivo, conforme explicitado no artigo 1º: “promover, proteger e assegurar o reconhecimento e o pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais do idoso, a fim de contribuir para sua plena inclusão, integração e participação na sociedade” (SDH, 2015). A convenção esclarece que os idosos devem ter igualdade, não sofrer discriminação, ter direito a uma vida autônoma, com dignidade, com participação na comunidade e sem violência. (SDH, 2015)

Além dos marcos regulatórios específicos de conquistas de direitos para as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, o Ministério da Saúde criou também programas para apoiar as Unidades Básicas de Saúde no atendimento. Os programas são Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia da Saúde da

Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Regulamentado atualmente pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o Programa estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica com reformulação nas intervenções, ampliando o conceito saúde-doença e visando à promoção da saúde e prevenção de doença individual e coletiva, com ações interdisciplinares, troca de saberes e ações intersetoriais, com trabalhos de diversas áreas (Portaria nº 2.488, 2011).

Entretanto, apesar de toda essa regulamentação, ainda existem lacunas a serem preenchidas nas criações das políticas públicas. Freitas (2015) pontua que as políticas ainda acabam por considerar a população como homogênea e padronizada, na qual todos possuem as mesmas necessidades, deixando de lado o olhar das diferenças de territórios; como exemplo, cita a consideração das necessidades dos residentes em áreas rurais como se fossem as mesmas das áreas urbanas.

Ferro, Silva, Zimmermam, Castanharo e Olivera (2015) realizaram um estudo em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Curitiba. Os autores pontuam que apesar da existência de programas que têm como princípios a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, ainda permanecem dificuldades, como o excesso de demanda, falha na comunicação entre os profissionais, existência de muitas consultas individualizadas, alta procura da Unidade de Saúde em busca de consulta médica, e profissionais sem o comprometimento para participar de reuniões multiprofissionais.

Autores como Góis (2008) e Freitas (2015) sugerem os benefícios que os princípios da Psicologia Social Comunitária oferecem diante dos objetivos a serem alcançados pelas Políticas Públicas apresentadas, já que ambos são próximos. Entre eles, pode-se citar a importância do desenvolvimento da reflexão crítica, a valorização das participações comunitárias, a consideração dos direitos, a percepção do sujeito na sua integralidade e a valorização de sua cultura. Corroboram com as ideias Silveira e

Dias (2016), os quais destacam as categorias da Psicologia Social Comunitária, de acordo com as diretrizes dos trabalhos realizados nas Unidades Básicas de Saúde, podendo contribuir para a criação de práticas no Sistema Único de Saúde.

### **2.3 Psicologia Social Comunitária e Práticas de Saúde**

A Psicologia Comunitária tem início nos Estados Unidos, nos anos de 1960, com as mudanças no atendimento aos problemas de saúde mental quando da criação dos centros de saúde mental comunitária e da introdução de novas formas de atenção preventiva. Um marco importante na história inicial da Psicologia Comunitária é quando um grupo de psicólogos, nos Estados Unidos, rompe com a forma de atendimento clínico tradicional e começa a propor uma intervenção politizada na comunidade. Essa intervenção estava em sintonia com o contexto histórico da época – um clima de protesto e contracultura dos anos 60, e o movimento por direitos civis dos negros (Montero, 2004a).

Na América Latina, o início da Psicologia Comunitária se dá na busca de respostas às necessidades dos movimentos sociais, que resultassem em transformações sociais em que os sujeitos participassem ativamente do processo. Constituiu-se, pois, em uma crítica ao modelo médico individualista – o qual não compreendia as implicações sociais dos problemas de saúde –, com a mudança da visão de um atendimento individual e clínico para a busca de um atendimento das solicitações dos movimentos sociais, como as desigualdades, a opressão e as exclusões sociais (Montero, 2004a). Nessa perspectiva, a orientação do psicólogo social comunitário é voltada para a atuação como mediador das demandas trazidas pela comunidade em um trabalho conjunto para que ocorram transformações sociais, sendo os sujeitos pessoas ativas e transformadoras de suas realidades. Na América Latina, essa orientação do

psicólogo como agente político de transformação social é denominada de Psicologia Social Comunitária para marcar a diferença da norte-americana, considerada como predominantemente prestadora de serviços e preventiva (Montero, 2004b).

No Brasil, inicialmente também eram formados psicólogos clínicos voltados a atendimentos individuais, porém, alguns psicólogos começaram nos anos de 1960 a trabalhar com a Psicologia Social Comunitária, tendo como referência a Psicologia Social crítica e a Educação Popular de Paulo Freire nas intervenções educativas através da reflexão e da conscientização para enfrentamento da realidade social (Cruz, Freitas & Amoretti, 2014).

Elias (2001) marca que vivenciamos um contexto em que a sociedade está se tornando cada vez mais individualista com os idosos abandonados, seja pelos familiares e amigos, isolados da comunidade ou mesmo abandonados em instituições e com os atendimentos na área de saúde voltados somente para os sintomas físicos. Nesse sentido, os autores Cruz et al. (2014) e Parra (2016) comentam que a Psicologia Social Comunitária pode, por meio de trabalhos com a comunidade, contribuir para que as pessoas reflitam sobre a situação vivenciada e encontrem alternativas que superem as dificuldades e exclusões sofridas.

Amaral, Gonçalves e Serpa (2012) relatam uma experiência do estágio realizado em uma Unidade de Saúde da Família em Santa Maria – RS por meio da Psicologia Social Comunitária. O trabalho iniciou com a familiarização e o levantamento de informações do local, e a reflexão junto à comunidade das reais necessidades percebidas por eles. Em seguida os estagiários criaram um plano de ação viável a ser realizado de acordo com aquela comunidade. A interação por meio de conversas, visitas nas moradias, participação nas atividades cotidianas e convivência nos espaços comunitários permitiu ampliar a visão para que a Psicologia não seja compreendida

unicamente como clínica e atendimento individual com foco na doença, mas como ações que visem à promoção da saúde por meio da participação reflexiva da comunidade e de suas reais necessidades.

Gama e Koda (2008) também realizaram um estágio por meio da Psicologia Social Comunitária, no Programa de Saúde da Família em um Município do interior paulista, com o objetivo de demonstrar que a Psicologia não é exclusivamente um trabalho curativo e clínico. Desse modo, juntamente com as equipes de saúde, criou-se um plano de ação de acordo com as necessidades locais. O início do trabalho se deu pelo acolhimento dos moradores, escuta das necessidades, visitas domiciliares e visitas aos locais que são frequentados pelos moradores. A observação por meio da vivência permitiu a análise das necessidades locais, a qual resultou em trabalhos com diversos grupos, como grupo de obesidade e grupos de hipertensos, grupo de gestantes, parceria com a escola, grupos de mulheres, projeto Quilombo e grupo com os profissionais. Esses trabalhos auxiliaram a potencializar as virtudes de cada participante, resultando na promoção da saúde.

Vieira-Silva (2015) descreve que a Psicologia Social Comunitária auxilia na participação da reflexão crítica das pessoas, contribuindo tanto na busca pelos seus direitos como na luta pela conquista de novos direitos, além de visar ao alcance de autonomia grupal e individual. Nessa perspectiva, a prática orientada pelos princípios da Psicologia Social Comunitária pode gerar o estímulo para que o idoso tenha uma vida independente e participativa na comunidade. Desse modo, trabalhos em grupo contribuem para a socialização das pessoas idosas, permitindo troca de saberes além da diminuição do tempo ocioso e da solidão, com a participação e o sentimento de pertencimento à sociedade.



Autores como Martin-Baró (1989), Lane (2001) e Góis (2008) contribuem com estudos teóricos e ressaltam a importância da realização de trabalhos em grupo para a conscientização social, participação e desenvolvimento da autonomia das pessoas. Martin-Baró (1989) e Lane (2001) lembram que desde o nascimento o homem já está em contato com o outro, construindo sua subjetividade por meio das relações, como sujeito produto e produtor da sua vida. Para Góis (2008), o trabalho em grupo se dá através do conhecimento das pessoas, de sua cultura, de onde vivem e de suas demandas. Lane (2001) cita a necessidade de que o indivíduo, enquanto participante do grupo, trabalhe com reflexões críticas de sua realidade, para ser sujeito ativo e transformador.

Ayres (2004b), tendo como referência a base ontológico-existencial de Heidegger, comenta que as práticas de saúde permeiam o ser humano, que é ao mesmo tempo ativo e passivo na construção de sua vida. A construção da identidade está sempre em movimento, em um processo interativo com outras pessoas e lugares, sendo constituída pouco a pouco nessas interações que estão sempre sujeitas a transformações e responsabilidades por seus atos. Bosi (1994) e Barros (2011) complementam que participar de grupos sociais permite a manutenção e construção da memória, que é fruto das relações que foram e são construídas no dia a dia.

#### **2.4 Grupos de Promoção da Saúde com Idosos**

A perspectiva de olhar a implementação da política de saúde em relação ao envelhecimento a partir dos fundamentos da Psicologia Social Comunitária orientou para a necessidade de reconhecer o campo, examinando suas bases e tendências empíricas e teóricas, bem como de conhecer os debates importantes sobre o tema e

identificar os programas e ações coerentes com os princípios das políticas de promoção de saúde.

Assim, devido aos benefícios de trabalhos grupais com idosos (Wichmann, Couto, Areosa & Montañes, 2013; Pereira, da Silva Santos, Moura, Pereira & Landim, 2016) e para aprofundar o conhecimento acerca dessa temática, realizamos uma pesquisa bibliográfica, no mês de abril de 2017, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline).

O resultado dessa pesquisa com literaturas, realizado a partir da metodologia de revisão sistemática, foram organizados em forma de um artigo denominado: Grupos de promoção da saúde no envelhecimento: revisão sistemática que está em processo de submissão em um periódico científico. Abaixo apresentamos o resumo do artigo:

### **Resumo**

A transição demográfica gerada pelo aumento significativo da população idosa alterou a realidade mundial, gerando novos desafios. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo apresentar uma revisão sistemática referente a grupos de promoção da saúde no envelhecimento. A pesquisa foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando as bases de dados Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline). Identificou-se que a maioria dos participantes nos grupos é composta por mulheres. Diferentes profissionais da saúde conduziram os grupos, em distintos locais e com a utilização de técnicas variadas. Embora não tenha ocorrido avaliação sistemática das práticas, os estudos indicam que o trabalho em grupo favorece a troca de ideias e estimula a conscientização da necessidade de preocupar-se com o bem-estar geral. Além

disso, permite o desenvolvimento da interação social e a aquisição de novos conhecimentos, auxiliando no enfrentamento da solidão e na construção de laços de amizades, o que repercute em uma vida autônoma. Estes resultados indicam a necessidade de promover saúde para que os idosos desenvolvam a cidadania e o protagonismo, atuando de forma congruente com as propostas das políticas públicas de saúde do Brasil.

Palavras-chave: Idoso; Promoção da saúde; Grupo social.

## **2.5 Profissionais de Saúde e Envelhecimento Ativo**

A forma como as práticas estão sendo realizadas no contexto da saúde com pessoas em envelhecimento tem gerado preocupações. As práticas de cuidado dos profissionais de saúde passam por um período de desafios, pois o desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento científico está priorizando o sujeito somente como corpo (objeto), esquecendo-se da alma nas práticas de saúde (Ayres, 2004a).

A palavra “cuidado” não deve ser entendida unicamente como um tratamento para gerar um bom resultado, mas deve ser compreendida como uma interação entre os sujeitos para aliviar um sofrimento e para o bem-estar (Ayres, 2004b). Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS preza a comunicação entre os usuários e os profissionais nos serviços de saúde por meio do acolhimento e da escuta das necessidades apresentadas, para encontrar novos meios de cuidar, de forma a valorizar e garantir o direito de todos os envolvidos no processo (Brasil, 2004). Pereira, Barros e Augusto (2011) contribuem com a relevância da análise da subjetividade do sujeito, considerando um olhar que ultrapassa a doença, alcançando suas emoções, seus sentimentos, suas histórias e elementos que compõem suas vidas.

Parra (2016) apresenta a necessidade de equipes de profissionais integrados, em que o trabalho esteja em constante movimento e que as práticas desenvolvidas direcionem-se às comunidades e possam funcionar por um longo período de tempo. O autor ainda lembra que deve haver uma articulação entre os profissionais que trabalham com a atenção primária à saúde (o primeiro contato que as pessoas, famílias e a comunidade têm com o sistema nacional de saúde para a garantia de seu direito à saúde) e a saúde mental (a relação construída como aprender, amar, conviver com as crises, conviver em sociedade).

Nasri (2008) descreve o desafio na área da saúde que está relacionado ao público alvo atendido, argumentando a necessidade de o Sistema de Saúde ampliar o olhar para as doenças que vão acometer a grande maioria da população brasileira (os idosos), e as denominadas doenças crônicas. Elias (2001) cita que o avanço da medicina consegue controlar a maioria dos problemas fisiológicos, porém, apesar de o avanço ser visto como um fator positivo, ainda é necessário que a visão dos profissionais de saúde também avance para além da cura de doenças.

Nesse contexto, Ferreira, Maciel, Costa, Silva e Moreira (2012) citam a importância de os profissionais de saúde que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde incentivarem os usuários a participarem de diversas atividades, conscientizando-os sobre os benefícios físicos, psicológicos e sociais que podem gerar para suas vidas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva que a população busque o envelhecimento ativo, definido como: “(...) o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” (OMS, 2005, p. 13). Incentivar um envelhecimento saudável, ativo, participativo e seguro engloba diversos fatores, tais

como culturais, econômicos e sociais, não se limitando somente à parte ativa do indivíduo (OMS, 2005).

O conceito de envelhecimento saudável está em consonância com o conceito de envelhecimento ativo da OMS por considerar o sujeito em seu todo: físico, mental e social (Veras, 2011). Apesar das perdas que ocorrem durante o envelhecer, o idoso deve encontrar apoio para viver uma vida independente economicamente, e inserido na sociedade mesmo, eventualmente, com doenças crônicas. Assim, para o alcance do envelhecimento saudável, a autora também ressalta a necessidade de trabalhos que funcionem de modo integral com as equipes multidisciplinares. Porém, na prática, os serviços de saúde estão longe desse trabalho em união.

Entretanto, tanto os profissionais quanto os idosos precisam ter conhecimentos e conscientização dos possíveis benefícios que as práticas de saúde, sejam elas físicas ou mentais, podem trazer para suas vidas. Os autores Silva e Motta (2015) constataram em sua pesquisa com usuários do Sistema Único de Saúde a visão limitada dos serviços que uma Unidade deve ofertar e dos direitos que possuem como cidadão, restringindo a busca da Unidade para cura de enfermidades e medicação. Um dos modos de mudar essa visão dos usuários pode ser por meio dos atendimentos dos profissionais, quando no atendimento aos pacientes, na orientação sobre práticas que possibilitem a promoção de saúde, além de ofertas de atividades que favoreçam a autonomia e o bem-estar do sujeito na sua integralidade (Cassol, 2012; Veras, 2012).

O estudo de Ferro et al. (2015) refere-se à necessidade de qualificar e treinar os profissionais de saúde, expondo as reais necessidades da população e ampliando a visão de atendimento para além da cura, por meio de métodos de promoção da saúde e prevenção de doenças, configurando formas de conscientizar e de conseguir atingir a meta de um envelhecimento ativo para os pacientes.

Pavarini et al. (2005) traz uma reflexão em relação aos profissionais conseguirem atender as futuras demandas relacionadas às doenças crônicas, atendendo de modo satisfatório a quantidade de idosos que o Brasil terá. As autoras citam a contribuição de formação de profissionais em gerontologia – a qual é uma ciência que estuda o envelhecimento em todos os aspectos, psicológico, físico, biológico, social, entre outros – que serão mais capacitados para cuidar do idoso e agregar melhores resultados no atendimento das pessoas acima de sessenta anos. Esse é um campo novo, mas as autoras ressaltam a necessidade de profissionais com qualificação mais específica os quais possam agregar melhores resultados nos trabalhos multidisciplinar e interdisciplinar para o estudo do envelhecimento, contribuindo com a articulação de novos saberes. Porém, alertam que o curso em gerontologia não deve ser visto como substituto aos demais, de outras áreas de saúde, mas sim como a formação de um profissional que agregará conhecimentos para o atendimento à saúde do idoso.

### 3 Percorso Metodológico

O trabalho insere-se no campo das pesquisas qualitativa e interpretativa. Segundo Sampieri et al. (2013), no enfoque qualitativo, o problema formulado no início é flexível, podendo ser aprimorado durante a realização do trabalho, a produção de dados não é estatística (somente dados numéricos), e a revisão de literatura pode ocorrer durante todo o processo. Nessa abordagem de pesquisa, o pesquisador irá conhecer uma realidade para compreender e construir uma interpretação por meio de autores e teorias referenciadas.

Ainda, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória. Conforme Gil (1999), as pesquisas exploratórias necessitam de uma ampla revisão de bibliografia com a finalidade de buscar dados e análises com especialistas para problematizar, esclarecer ideias e gerar uma nova visão do problema inicial.

O presente estudo teve por objetivo geral investigar as práticas desenvolvidas em relação ao envelhecimento em uma Unidade de Saúde, na cidade de Curitiba. Muitas são as concepções sobre o que é “prática”. A palavra engloba desde o significado usual – como ato ou efeito de fazer, o que é real e não é teórico – até o conceito elaborado pelos teóricos das práticas (Gherardi, 2002; Shatzki, 2001; Nicolini, 2013). Muito se tem escrito sobre prática, mas poucos trabalhos conceituam e explicitam as concepções de prática que orientam esses estudos.

A concepção de prática que adotamos é devedora dos estudos que assumem a ontologia e a epistemologia das teorias das práticas, que vão além de descrever o que as pessoas fazem, buscando os significados das atividades das pessoas. As práticas podem ser definidas como eventos recorrentes e duráveis que ordenam itens heterogêneos coerentemente (Gherardi, 2002), sendo, portanto, inteligíveis (Shatzki, 2001).

Determinadas historicamente e localizadas espacialmente, as práticas são estruturadas, ordenadas e compartilhadas por meio de regras que, simultaneamente, limitam e ensinam os praticantes, estruturando-os (Nicolini, 2013). As práticas compartilham significados, e são formadoras de sentidos e de identidades. Teorias da prática descrevem o mundo em termos relacionais (redes de práticas), e assumem que as organizações e instituições são construídas e modificadas em razão dos trabalhos material e discursivo. Entendem, ainda, que as pessoas são situadas em lugares, participantes de um contexto que tem regras, valores, metas e projetos, definidos de diversas formas ou cravados na cultura e compartilhados entre os praticantes.

As unidades da análise do estudo foram as práticas voltadas ao envelhecimento realizadas em uma Unidade de Saúde, e acessadas por meio das práticas discursivas dos profissionais de saúde e das pessoas idosas que vivenciaram essas práticas. Estudos na perspectiva da prática examinam as ações, os fatos e os fazeres cotidianos das pessoas realizados em um contexto situado espaço-temporalmente. Segundo Gherardi (2000, p. 536), “as práticas não são somente padrões de ação, mas também padrões recorrentes de ação sustentados socialmente (produção e reprodução)”, ou seja, as pessoas produzem e reproduzem em suas práticas situadas tanto o trabalho como a própria sociedade.

Partimos do pressuposto de que as práticas são partes, aspectos ou componentes do fenômeno social. Consideramos a análise das práticas (materiais e discursivas) como um caminho para a construção de indicadores na direção de compreendermos a sociedade, as instituições (organizações) e os fenômenos do mundo social, e conhecermos como as políticas e as ações voltadas ao envelhecimento são desenvolvidas no contexto da unidade de saúde pesquisada (Gherardi, 2000; Nicolini, 2013).



A partir da orientação de Nicolini (2013), formulamos questões que pretendemos responder por meio da produção dos dados recolhidos na análise das políticas de saúde e nas entrevistas. As questões formuladas para a apreensão das práticas foram as seguintes: Existe alguma política voltada aos idosos? Existe planejamento direcionado aos idosos? O que dizem esses documentos? Essas três primeiras perguntas foram respondidas na parte teórica desse trabalho. O que as pessoas (os profissionais de saúde e as pessoas que usam o serviço) estão dizendo sobre o envelhecimento? O que as pessoas falam sobre o que fazem? O que é dito sobre os idosos (velhos)? Existe padrão no dizer? Qual é a sequência temporal do que dizem que fazem? Quais são as estratégias, recursos, métodos ou dispositivos práticos e discursivos que os profissionais de saúde usam para realizar as práticas que dizem que realizam? Que tipo de interação é realizada por cada prática identificada nos discursos dos profissionais e dos idosos? Que posição as práticas de saúde em relação aos idosos ocupa em relação a outras práticas de promoção de saúde? Quais são os assuntos que orientam a prática dos profissionais? O que importa para eles? Com o que eles se preocupam? O que eles concebem como principal objetivo de suas atividades? Onde é que eles dirigem seus esforços? Como os idosos iniciantes da prática são socializados? O que eles dizem? Que histórias são usadas nesse processo? Esses questionamentos orientaram as entrevistas semiestruturadas e também auxiliaram na análise de dados.

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná via inscrição no CEP/CONEP - Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, CAAE nº 57435116.0.3001.0101.

A produção dos dados teve início com o responsável da Unidade de Saúde apresentando a pesquisadora para os funcionários, e explicando o objetivo da pesquisa. Todos foram convidados a participar, porém a Unidade estava em reforma e também na

temporada da vacinação contra a gripe, gerando transtornos pela falta de salas para atender as necessidades das diferentes atividades realizadas para o atendimento da população. Três profissionais de saúde aceitaram participar, sendo utilizado como critério de exclusão a ausência de contato profissional atual ou anterior com pessoas idosas. Assim sendo, qualquer profissional da área de saúde da Unidade que atendeu ou atende pessoas idosas e que estivesse disponível poderia participar da entrevista.

Também participaram quatro pessoas idosas (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos), tendo sido adotado como critério de exclusão as pessoas que apresentassem alguma deficiência a qual limitasse a compreensão para participar da pesquisa, como, por exemplo, uma deficiência intelectual que dificulte a expressão ou a compreensão da realidade que vive.

Abaixo, apresentamos os quadros com a descrição dos participantes.

<b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b>					
<b>Entrevistada (o)</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação</b>	<b>Cargo/Função</b>	<b>Tempo de trabalho nesta Unidade</b>
P.1	41	Fem	Técnica de enfermagem	Agente de Saúde	6 anos e 11 meses
P.2	37	Fem	Técnica de enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	5 anos
P.3	58	Fem		Técnica em Saúde Bucal	25 anos

*Tabela 1.* Descrição dos profissionais de saúde

Fonte: A autora (2018).

<b>IDOSO</b>				
<b>Entrevistada (o)</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Situação Conjugal</b>	<b>Filhos</b>
I.1	67	M	Casado	4
I.2	68	F	Viúva	1
I.3	66	M	Casado	1
I.4	62	F	Casada	1

*Tabela 2.* Descrição dos idosos

Fonte: A autora (2018).

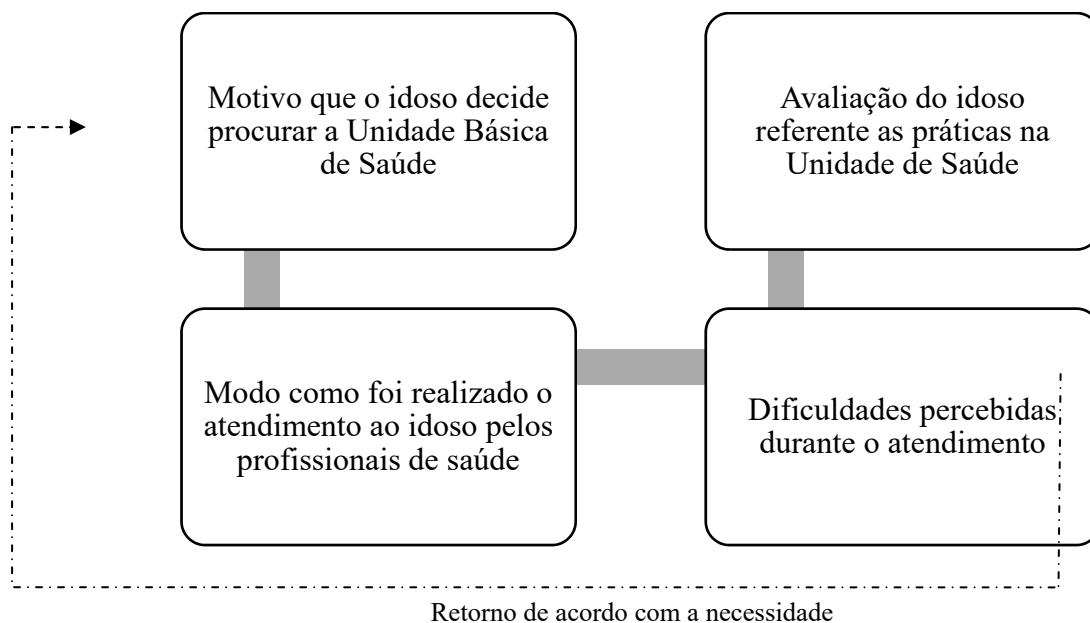
As pessoas idosas e os profissionais que aceitaram participar da entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a preservação da identidade dos entrevistados, foram utilizados letras e números no lugar de seus nomes. A letra “I” significa a Pessoa Idosa que frequenta a Unidade Básica de Saúde, a letra “P” significa o Profissional de Saúde que trabalha na Unidade Básica de Saúde, sendo cada participante do estudo, portanto, representado pela letra mais o numeral que corresponde a sua identificação, como segue: I.1, I.2, I.3, I.4 e P.1, P.2, P.3.

As entrevistas que foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas tiveram uma duração média de trinta minutos, tendo sido realizadas nas salas disponíveis da Unidade Básica de Saúde. A seleção dos participantes se deu na própria Unidade Básica de Saúde de forma aleatória, de acordo com as pessoas idosas e os profissionais que estavam disponíveis e que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária.

Com os profissionais de saúde foram realizadas entrevistas semiestruturadas para averiguar de que forma desenvolvem seus trabalhos com os idosos. Dessa forma, investigou-se, por meio de questionamentos, o conhecimento de políticas públicas e práticas de saúde durante a formação acadêmica e, no momento atual, quais são os principais motivos percebidos que levam a pessoa idosa a procurar uma Unidade Básica de Saúde, e quais são as dificuldades que sentem em seu dia a dia para trabalhar com esse público.

Com as pessoas idosas foram realizadas entrevistas como o objetivo de reconstruir todo o processo do itinerário (Alami, Desjeux & Garabua-Moussaoui, 2010) dessas pessoas na Unidade de Saúde – conhecendo desde o motivo da procura do serviço, e reconstruindo o processo de atendimento e os procedimentos decorrentes desse atendimento. A reconstrução do itinerário da pessoa idosa que orientou a entrevista se deu conforme a representação a seguir:

Figura 1

*Reconstrução do itinerário da pessoa idosa*

Fonte: A autora (2018).

### 3.1 Análise de Dados

A análise de dados foi realizada por meio da análise de práticas discursivas, conforme orientado por Mary Jane Spink (2013). A existência de estudos com foco em dados quantitativos gera resultados de pesquisas que percebem o homem como um ser objetivo, analisando somente a produção em números, deixando de lado as considerações de sua subjetividade. Nesse contexto, as pesquisas qualitativas ganham importância ao considerar o homem como sujeito ativo no meio em que se encontra. Conseguindo analisar as práticas sociais e culturais que vivencia, o pesquisador qualitativo deve ter em foco a singularidade de cada um, trabalhando de modo ético e cuidadoso, já que irá lidar com o modo narrativo o qual tem como objetivo buscar reflexões do outro e de si mesmo (Bulgacov, Camargo, Canopf, Matos & Ferrarini, 2016).

Gherardi (2000) menciona que as práticas são construídas por experiências anteriores, com o conhecimento individual paralelo à relação que se tem na sociedade, em que o convívio com o outro e com o meio gera novas aprendizagens, dentro de uma norma social que se tem estabelecida na comunidade. Bispo (2013) cita que as práticas sociais são produzidas e reproduzidas considerando as construções históricas do indivíduo, sendo o homem um conjunto de ações socialmente construídas pelas relações.

Berger e Luckmann (2014) consideram que a compreensão do conhecimento não pode ter como foco somente o desenvolvimento do homem em seus aspectos biológicos, pois assim que nasce ele está em contato com os outros, por meio da socialização primária (primeiros contatos com a família) e da socialização secundária (contato com o social). Por meio dessas socializações o homem é considerado como produto de uma construção social, ou seja, existe como produto da atividade humana.

Os referidos autores também citam a institucionalização, em que o homem vive com uma realidade objetiva na qual a realidade é dada a ele. Assim, a vivência também se dá por ações transmitidas por gerações anteriores, como as tipificações que trazem os “pré conceitos” em relação à parte da sociedade que não se enquadra no padrão imposto.

Na análise das práticas discursivas, a linguagem se faz presente revelando como as pessoas constroem seu mundo a partir do diálogo com outras pessoas. A linguagem não abrange somente a fala, mas também a escrita, a postura, um noticiário, uma carta, entre outros, que são meios pelos quais as pessoas dão sentido as suas relações. É preciso ficar atento ao contexto cultural e histórico presente nas relações, observando as práticas que foram construídas em tempos anteriores à pessoa, e também o que a pessoa

já vivenciou e o momento atual, podendo perceber novos sentidos (Medrado et al., 2013).

Spink e Medrado (2013, p. 26) definem que “O conceito de *práticas discursivas* remete, por sua vez, aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentido, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade”. O pesquisador levará em consideração a produção de sentido que o entrevistado traz em relação ao assunto da entrevista, ficando atento aos momentos nos quais o entrevistado pode mencionar um discurso que veio de tempos anteriores a sua existência, citando falas que eram de uma avó, por exemplo, e que acaba influenciando em suas ações atualmente, mesmo sem ter consciência das razões dessa prática (Medrado et al., 2013).

### **3.2 Contexto da Pesquisa**

Pelo entendimento de que as práticas são situadas e históricas, consideramos importante a referência ao contexto de onde as práticas se desenvolveram. Segundo Gherardi (2002), as teorias da prática assumem um modelo ecológico em que a ação é distribuída entre os seres humanos e não-humanos, sendo executada por meio de uma rede de conexões em ação. Assim, o olhar do pesquisador é na análise do processo de como as diferentes práticas são associadas e quais são as implicações dessas relações para a prática em foco, ou seja, as ações voltadas ao envelhecimento.

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a atenção básica deve oferecer a prevenção de doença e a promoção de saúde de forma individualizada, coletiva ou familiar no território em que encontra, dando suporte às pessoas de acordo com as necessidades sentidas em relação à saúde, sendo que os profissionais devem trabalhar de modo integrado por meio das práticas de cuidado (Portaria nº 2.436, 2017).

Os serviços ofertados devem ser gratuitos e acessíveis a toda população sem nenhum tipo de exclusão, sendo que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os espaços que fornecem os serviços de saúde e são a porta de entrada dos usuários, com localização estratégica perto das moradias, do trabalho e da escola (Portaria nº 2.436, 2017).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu artigo 3 estabelece:

**Art. 3.** Princípios e Diretrizes do SUS e do RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I – Princípios:

- a) Universalidade
- b) Equidade; e
- c) Integralidade

II – Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adstrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação de rede; e
- i) Participação da comunidade. (Portaria nº 2.436, 2017)

O Plano Municipal de Saúde auxilia o sistema a implantar e acompanhar as políticas públicas para a população, levando em consideração a necessidade e os dados municipais. Assim, o plano Municipal de Saúde de Curitiba 2018-2021 apresentou dados que comprovam que a população com idade acima de sessenta anos vem

crescendo na cidade, com a base da pirâmide etária estreitando na parte de baixo, com pessoas jovens, e alargando no topo, com pessoas envelhecendo. No ano de 2000, havia 133.619 pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, passando para 200.899 em 2012 – o que representa quase o dobro de pessoas idosas –, além da expectativa de vida que vem aumentando, passando de 66,33 anos em 1980 para 76,95 em 2012 (IBGE, 2010).

Referente à disposição da população idosa na cidade de Curitiba, são apresentadas diferenças expressivas entre os distritos sanitários, variando de 4,7% a 18,9% entre os distritos (IBGE, 2010). Com o aumento da população envelhecendo, as causas da mortalidade na cidade de Curitiba também estão modificando, diminuindo os óbitos relacionados às doenças infecciosas e aumentando as mortes por doenças crônicas degenerativas, como o Alzheimer e as quedas sofridas pelos idosos (Portal Saúde Curitiba, 2017). Nesse cenário, o plano Municipal de Saúde de Curitiba conta com diretrizes para o acompanhamento da saúde populacional por meio de indicadores, de qualificação profissional e de garantia de direitos com a implantação de cuidados prioritários, os quais favorecem a qualidade de vida por meio de ações de promoção de saúde e da prevenção de doença (Portal Saúde Curitiba, 2017).

As ações elaboradas pela secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (2016) voltadas à Atenção Primária à Saúde para o idoso têm como objetivo o envelhecimento ativo, através da promoção de saúde e prevenção de doenças. Os profissionais da área de saúde, a comunidade e os idosos devem priorizar uma qualidade de vida saudável em todos os contextos – alimentação, prática de atividades físicas, envolvimento com a comunidade, estar atento às possíveis doenças e incentivar o autocuidado do idoso, entre outros.



A secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Portal Saúde Curitiba, 2017) tem vinte e nove Núcleos de Apoio em Atenção Primária em Saúde (NAAPS) para trabalhar em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que dispõem de equipes preparadas para a promoção de saúde e prevenção, contando com um quadro de profissionais composto por nutricionistas, profissionais de educação física, fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos. Os Núcleos de Apoio em Atenção Primária em Saúde desenvolvem práticas dirigidas às pessoas em fase adulta e idosas com algumas práticas físicas (alongamentos, dança, ginástica, caminhadas). Ainda, tem como uma de suas estratégias a ação voltada para idosos para auxiliar nas ações de Atenção Primária em Saúde (APS).

A Unidade Básica de Saúde estudada neste trabalho está localizada em um bairro de Curitiba com alta taxa de crescimento populacional e de habitações irregulares, acarretando na alta demanda no atendimento e, conseqüentemente, em uma dificuldade de a Unidade conseguir atender toda a demanda. Apesar do crescimento populacional, o percentual de pessoas idosas que habitam o bairro representa apenas 4,7% da população local (bairro que apresenta o menor percentual de idosos em sua população), enquanto outros bairros chegam a ter 18,9%, comparado com a média da cidade de 11,3% (Portal Saúde Curitiba, 2017).

## 4 Apresentação dos Resultados e Discussão

Nesse capítulo são apresentados os resultados referentes às entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que trabalham na Unidade de Saúde e que possuem algum contato com os idosos durante o trabalho e a entrevista com os idosos que frequentam essa Unidade de Saúde.

### **Entrevista com profissionais de saúde**

#### **Formação acadêmica**

A primeira pergunta que fizemos aos profissionais de saúde foi em relação ao conhecimento sobre o envelhecimento durante a formação acadêmica. A profissional P.1 relatou que a única aproximação com o tema do envelhecimento foi em um estágio em asilo. Esse limitado acesso ao conhecimento sobre o tema levou-nos ao questionamento sobre a visão que esse estágio passou para o profissional: Seria uma visão de idoso como o que está em situação de asilo, incapaz de viver com autonomia?

Somos conscientes da amplitude de conhecimentos que, na atualidade, giram em torno da questão do envelhecimento. Além do conhecimento específico da área da saúde, alguns temas são fundamentais para a formação do profissional de saúde em relação às pessoas idosas, como, por exemplo, o acesso às informações contidas nas políticas.

*P.1 - Nós trabalhamos em asilo, nós fizemos estágio em asilo.*

Percebemos que a formação não possibilitou conhecimento de outras dimensões do envelhecer e nem contribuiu para que o profissional tivesse informação dos trabalhos de promoção e prevenção de saúde, assim, o curso ofereceu somente essa experiência aos alunos, com uma visão limitada sobre o envelhecimento e suas potencialidades.

Em sentido próximo, a outra profissional P.2 entrevistada relatou que já havia frequentado um curso de técnico em enfermagem por dois anos e meio para trabalhar como auxiliar de enfermagem e, agora, frequenta outro curso com duração de quatro anos para graduar em enfermagem. Ao ser indagada acerca dos conhecimentos durante a vida acadêmica, a entrevistada também expressa que não houve conhecimento suficiente sobre como trabalhar com idosos:

*P.2- Não. Na verdade, a gente não recebe, né?*

*- Não recebemos. Você passa, assim, muito rápido, não é igual... não é só os idosos, os homens, eu também acho que a gente não teve nenhuma política voltada exclusivamente ao idoso, também não, a gente tem saúde da mulher, saúde da criança, da gestante... mas do idoso não tem.*

A constatação de que grande parte dos profissionais de saúde não recebe formação para trabalhar na atenção e no cuidado da pessoa idosa está de acordo com a literatura pesquisada. Após uma pesquisa com enfermeiros que trabalham com a Estratégia da Saúde da Família, Chaves et al. (2016) constataram dados próximos aos dessa pesquisa. Ao perguntar aos profissionais sobre o conhecimento acadêmico que tiveram durante a formação, dos 15 entrevistados somente 8 relataram terem tido contato com algum conteúdo que envolvesse o tema “idoso”, e 10 enfermeiros relataram ter poucos conhecimentos em como lidar com essa população. Carvalho e Hennington (2015) discorrem sobre a importância do contato com o tema ao longo da formação acadêmica e sobre necessidade de que a educação seja continuada. Os autores lembram, ainda, quanto à formação, da importância das experiências com pessoas idosas nos períodos anteriores à graduação, e consideram que o tema envelhecimento seja tratado ampliando da doença para os aspectos sociais e políticas públicas. Ressaltam, assim, a

necessidade de problematizarmos a representação de idoso fortemente associada, em nossa cultura, a um período de decadência.

A revisão integrativa realizada por Carvalho e Hennington (2015) em relação à abordagem da saúde do idoso na formação acadêmica de profissionais de saúde apontou o aumento de publicações de estudos brasileiros a partir do ano de 2006 sobre o tema, podendo ser compreendido pela exigência da implantação da Política Nacional da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528, 2006). Essa política preconiza que na área de educação sejam implementadas nos currículos escolares disciplinas que envolvam o tema do envelhecimento além da doença, tratando da promoção da saúde e da prevenção de doenças em todas as idades. Como visto anteriormente, a preocupação e os estudos relacionados às pessoas que estão envelhecendo surgem a partir de 1960, quando ocorreu a percepção de que a fase do envelhecimento não é sinônimo de perdas e estagnação na vida (Gonçalves, 2015). Os estudos estão, cada vez mais, apresentando meios para diminuir os estigmas que a sociedade carrega em relação aos idosos, e demonstrando, por meio dos resultados das pesquisas, modos de viver positivamente durante as transições etárias (Debert, 2012; Fonseca, 2014; Goldenberg, 2014).

### **Política Pública e práticas de saúde**

Referente ao tema das políticas públicas existentes para o idoso, duas profissionais entrevistadas demonstram não terem conhecimento dos fundamentos das políticas. P.1 expressa uma representação voltada principalmente para cuidados de prevenção a acidentes, e P.2 sabe da existência de um documento na Unidade voltado aos idosos, porém não sabe o que é e nem para quê serve.

*P.1 - O que a gente cuida muito assim no nosso trabalho a gente faz muitas orientações a respeito de não ficarem muitos sozinhos, para cuidar com móveis dentro de casa, tapete, queda né, sempre a gente tem essa conversa.*

*P.2 - Olha... não lembro agora. Na verdade, tem a saúde do idoso lá do... aquele livreto que foi feito do... ai Jesus, como que é o nome? Ah, que tem as normas, as políticas...*

*- Temos. Na verdade, ele não é um livreto, é o... ai, era pra lembrar eu te digo... Tipo um protocolo que a gente tem que é, na verdade, é o código lá do idoso, né?*

*- Não, não. A gente não usa (o protocolo).*

O estudo de Chaves et. al (2016) também aponta o escasso conhecimento dos profissionais referente às políticas voltadas ao idoso; a maioria sabe da existência, porém não sabe discorrer sobre o assunto. Esses poucos conhecimentos acabam por resultar no desenvolvimento de trabalhos que somente previnem acidentes físicos e controlam as doenças crônicas, não ampliando o olhar para ações voltadas a promover a saúde do idoso como um todo. Freitas (2015) pontua a necessidade de as políticas considerarem as necessidades específicas da população local, para que possam ser realmente efetivas. Nesse sentido, além de desenvolverem trabalhos que atendam as necessidades locais, os profissionais também precisam estar preparados para atenderem as diversas demandas populacionais, de modo que contribuam para a integralidade do sujeito e não tenham como foco somente o cuidado com as doenças crônicas e a com prevenção de acidentes.

As profissionais falam sobre o cotidiano do seu trabalho:

*P.1 - A minha função é acompanhar gestante, acompanhar crianças de zero a dois anos, idosos a gente visita, a gente tá passando na rua sabe que tem um*

*idoso a gente para, conversa, diabéticos que usam insulina né, hipertensos a gente acompanha, a gente faz visitas diárias.*

*P.1- Assim, são dez, se você conseguir que uma deixe um tapete na porta e não caia ali, já é um sucesso, eu penso assim.*

*P.2 -Não tem (prática específicas aos idosos). Daí, o que acontece, ele entra naquele globo lá do idoso diabético, do hipertenso, quando tem as campanhas da gripe, na verdade, que é uma coisa voltada pro idoso.*

Pelas falas acima, observa-se que os profissionais desenvolvem muitos trabalhos restritos aos aspectos preventivos, apesar de a Política prever o incentivo de trabalhos com temas para além da promoção de saúde e prevenção de doença. P.1 não demonstra ter conhecimentos relacionados às práticas de saúde dirigidas às pessoas idosas. Reformulamos a pergunta para ter certeza do entendimento quanto ao que foi perguntado:

Entrevistadora: E você conhece alguma prática de saúde voltada aos idosos que é aplicada nesta unidade de saúde, a aqui?

*P.1 - Pra idoso? Não.*

Entrevistadora: Vamos supor, alguma prática, pode ser algum cartaz, alguma informação, participar de algum grupo, uma cartilha? Não tem nada que seja específico para idoso?

*P.1 - Não tem. Para idoso especificamente não tem nada.*

Tendo em vista que P.1 é agente comunitário de saúde, uma de suas tarefas é realizar o elo entre a comunidade e a Unidade de Saúde local; por isso, o conhecimento desse profissional em relação aos idosos é de fundamental importância para que tenha um olhar diferenciado e consiga transmitir a essa população conhecimentos e incentivos relacionados à promoção da saúde e seus ganhos (Ferreira & Ruiz, 2012).

Em outro momento da entrevista, voltamos a perguntar sobre a existência de práticas para idosos, e a profissional continuou expressando sua visão que reduz a promoção da saúde a exercícios físicos, atribuindo a não participação dos idosos ao fato de ter que comparecer periodicamente à Unidade, como um compromisso:

*P1. - Ó, a gente sempre pensa e comenta nas reuniões aqui, que seriam exercícios físicos, alguma coisa, aqui tem o preparador físico, só que eles não vem, eles não gostam muito, acho que eles não gostam de ter que cumprir aquele horário, tipo de toda terça feira ter que vir aqui, então acaba se misturando de todas as idades, então...*

Ferreira et al. (2012), em uma pesquisa com idosos em uma Unidade de Saúde da família, em Paraíba, trazem uma constatação interessante: de 100 idosos entrevistados nenhum apresentava alguma dependência funcional para realização das tarefas diárias, porém, 83% não realizavam atividade física. Assim, os autores atribuem esse fato à construção histórica do significado da aposentadoria, a qual surgiu com o propósito de as pessoas pararem de trabalhar por algum impedimento físico ou mental, sendo declarada a invalidez. Entretanto, nos dias atuais, a aposentadoria não deve ser vista como nos tempos anteriores, como uma invalidez total, podendo o idoso realizar atividades, inclusive físicas, mesmo que apresente alguma limitação parcial. Essa visão de que aposentado é igual a inválido pode ser compreendida também na perspectiva apresentada por Elias (2001) sobre os estigmas da sociedade, em que o velho é aquele incapaz de realizar qualquer atividade e ter uma vida independente. Assim, a partir dessa representação, quem alcança os sessenta anos de vida já teria vivido tudo o que tinha para viver.

A entrevistada P.2, ao ser questionada a respeito das práticas de saúde para os idosos, apresenta como resposta atividades ligadas à promoção da saúde, mas, ainda, limitadas aos exercícios físicos.

*P.2 - Promovendo. Aqui, a gente até tem uma coisa legal, falando agora eu lembro. A gente tem grupos de... com educador físico, que eles saem pra fazer caminhada com os idosos, com todo mundo, né, mas daí tem algumas pessoas que vêm. Não é voltado só pro idoso, mas eles participam, alguns participam. Tem fisioterapia também quando precisa, o fisioterapeuta vai junto com esses grupos.*

Já a entrevistada P.3 apresenta um olhar um pouco mais amplo ao citar as atividades físicas e a nutricionista como práticas que auxiliam no envelhecimento, porém, a visão ainda fica limitada à prevenção.

*P.3 - Tem com o "P.4" e tem por conta própria, então eu acho que a mentalidade das pessoas de mais idade esta mudando. Tem a nutricionista que fala também sobre como você... claro, a idade vai chegando e você precisa tomar algumas precauções, né, e eles aderem bastante. Daí a gente vê aquela pracinha por conta deles já... além do exercício que fazem uma vez por semana, eu acho que aqui fazem também.*

As entrevistadas relatam algumas práticas além do exercício físico, porém, indicam que as poucas tentativas de outras práticas desenvolvidas na Unidade de Saúde não tiveram continuidade. Sabemos que, para que as práticas se consolidem e sejam reconhecidas na comunidade, é preciso tempo e persistência. A continuidade e a participação das pessoas da comunidade dependem da oferta permanente dos serviços, e também de que a comunidade perceba os efeitos benéficos das atividades.



*P.1 - A gente teve assim, no começo quando eu entrei aqui, tinha uma menina que fazia pedagogia e era uma agente de saúde, eu, a gente ensinava os idosos, na verdade pessoas não alfabetizadas, mas a maioria era idoso, a maioria mulheres e a gente no começo tinha dez, no começo. Para a gente era bom, algumas aprenderam, mais aí acabou o grupo. Acabou por que era o núcleo que dava o material e tudo, e acabou não tendo mais.*

*P.3 - Atualmente, sim, mas aqui nós já tivemos até fitoterapia. Remédios fitoterápicos.*

*- No começo os médicos eram bem... começou o PSF (Programa de Saúde da Família). Os médicos eram bem assim, naturalistas, eu vou dizer, tinha o remédio, mas nós tínhamos uma horta comum, às vezes os idosos vinham na nossa farmácia fitoterápica.*

*-Tudo vem lá de cima porque a orientação dos médicos vem, de certa forma, já mais de cima, que quando o médico gosta, nossa, ele trabalhava muito com fitoterapia, foi plantada a horta. Os velhos, a terceira idade, cuidavam da horta de fitoterápicos, né?*

Quando aprofundamos um pouco mais a conversa, percebemos que os relatos e os conhecimentos sobre práticas ampliadas de saúde vão surgindo. No relato, P.1 reconhece que os idosos gostariam que existissem mais práticas de saúde, entretanto, não reconhece as atividades desenvolvidas em grupo (alfabetização, cursos de artesanatos, crochê, entre outras) como oportunidades de promoção de saúde, diminuição do tempo ocioso e da solidão, troca de ideias e integração social.

*P.1 É só artesanato, e não é uma coisa específica, se chegar uma pessoa que não gosta de fazer artesanato vai pro crochê, não gosta do crochê, faz uma pulseira, então fica tudo espalhado na mesa, na segunda-feira à tarde.*

Autores como Martin-Baró (1989) e Lane (2001) ressaltam os benefícios de trabalhos realizados em grupo, lembrando que o ser humano desde que nasce já está em constante contato com outras pessoas; assim, a compreensão do sujeito sempre será de acordo com o contexto onde ele está inserido. Estudos atuais concluem que a participação em práticas de grupo resulta na inserção social do sujeito, na conscientização de sua realidade e no desenvolvimento de suas potencialidades para que possa viver uma vida com autonomia (Andrade et al., 2014; Berardinelli, Guesdes, Ramos & Silva, 2014; Isoldi, Cabral & Simpson, 2015; Paula, et al., 2016; Skuraz, Velho & Francisom 2013) e participação ativa na sua comunidade.

Por meio desta pesquisa, evidencia-se que os profissionais de saúde entrevistados detêm poucos conhecimentos referentes às práticas de saúde que ultrapassam a limitação das doenças crônicas, que normalmente afetam a grande maioria da população idosa. Para as profissionais, trabalhar com os idosos é sinônimo de acompanhar doenças crônicas e, como já citado, oferecer informações para que diminuam os possíveis perigos de acidentes físicos.

De acordo com Ferreira et al. (2012), Fernandes e Soares (2012) e Silva e Elali (2015), as práticas de promoção da saúde e prevenção da saúde devem envolver atividades que valorizem o indivíduo como um ser integral, com necessidades biológicas, psicológicas e sociais. Os poucos conhecimentos dos profissionais da área de saúde acabam por resultar em atitudes que tratam esses idosos apenas como pessoas sem potencial e sem autonomia. Percebemos que o discurso que orienta a prática desses profissionais está vinculado aos saberes transmitidos de geração a geração na sociedade, que objetiva uma realidade que foi dada (Berger & Luckmann, 2014). Nos dias atuais, com o desenvolvimento da tecnologia, com o aumento da expectativa de vida e com o desenvolvimento da medicina, a área de saúde ainda precisa problematizar esses

conhecimentos naturalizados e reformular o pensamento, incentivando o idoso a sentir-se ativo e pertencente à comunidade.

### **Participação maioria feminina**

Em relação ao gênero do público de idosos participante de atividades e que comparece na Unidade de Saúde, as três profissionais entrevistadas afirmam que a grande maioria são mulheres:

*P.1 - São mais Mulheres.*

*P.2 - Mais de mulheres.*

*P.3 - Mais de mulher.*

Estudos atuais (Berardinelli et al., 2014; Nascimento, 2012; Maia, Reis & Torres, 2016; Orlandi & Pedro, 2014; Toldrá, Cordoni, Arruda & Souto, 2014; Sato, Batista & Almeida, 2014; Franzoni, Lima, Castoldi & Labrêa, 2013; Andradea, et al., 2014; Mendonça, et al., 2014; Campo, Santos, Moura, Aquino & Monteiro, 2012; Kuwae, Carvalho, Prado & Ferreira, 2015; Andrade, et al., 2014; Leite, et al. 2012; Paula, et al., 2016) que pesquisaram a participação de pessoas idosas em atividades em grupo também obtiveram os mesmos achados, os quais indicam que as mulheres são a maioria. Carmagnanis (2016), ao abordar o assunto, relata que as mulheres ficam viúvas antes dos homens, e que a representação social entre homens e mulheres é diferente, podendo justificar a maior participação feminina nas práticas. Os dados do IBGE (2013) corroboram com o argumento de Carmagnanis (2016) ao apontarem que, em uma projeção futura, a expectativa de vida para as mulheres em 2030 é de aproximadamente sete anos a mais do que a dos homens.

Essa pequena participação e comparecimento masculino nas unidades de saúde foram confirmados pelos dados estatísticos que expõem as dificuldades dos homens

brasileiros em utilizarem serviços de saúde. Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de saúde (SAI-SUS) indicam que, em 2010, a média anual de consultas médicas de homens com idade entre 20 e 59 anos foi de 0,06 – isto é, bem inferior à encontrada entre as mulheres, de 4,33 (Arruda, Mathias & Marcon, 2017).

### **Dificuldades e demanda na Unidade de Saúde**

As três profissionais relacionam a alta demanda na Unidade de Saúde com o crescimento do número de habitações e moradores da região. Devido a essa alta demanda, relatam que não conseguem realizar o atendimento preferencial a quem tem direito:

*P.1 – A nossa Unidade ela é muito afastada, porque assim, quando esta Unidade foi inaugurada aqui ela era para uma região de cinco mil habitantes e hoje são quase vinte mil. E assim foi crescendo, antes era a unidade dentro da comunidade e agora ficou a Unidade em um canto e a comunidade afastada.*

*P.1 - O que a gente tem assim de dificuldade aqui, como é uma unidade de saúde, tem crianças, prioridade, tem gestante prioridade, tem idosos prioridade, então assim, como a gente é uma unidade que tem mais idoso, bastante gestante, bastante criança, não tem como ter prioridade na recepção, e eles sofrem muito, às vezes vem filho junto e aí fala “mas ele é idoso, tem prioridade”, que às vezes a pessoa quer voltar logo, tem compromisso, não é até por mal, traz rapidinho o pai a mãe e tem compromisso e aí que tem que esperar, que todo mundo aqui tem prioridade.*

*P.3 - A nossa população... a gente tava com a população quase controlada, agora com a vinda de bastante gente nesses prédios que construíram vem gente com bastante problema de novo.*

O problema da alta demanda também foi verificado em uma pesquisa realizada por Ferro et al. (2015), em uma Unidade de Saúde na cidade de Curitiba. Segundo os entrevistados, a alta demanda populacional e o pouco tempo para discussões sobre os pacientes acabam por prejudicar os atendimentos e reduzir as intervenções dentro do modelo interdisciplinar. Assim, as informações não chegam a ser compartilhadas pela equipe, prejudicando o trabalho como um todo.

### **Busca da Unidade de Saúde para medicamento e atendimento curativo**

O idoso que frequenta essa Unidade de Saúde, de acordo com os profissionais entrevistados, é comprometido com seus horários agendados para consulta, portanto, demonstram que têm preocupação com a saúde. Porém, os profissionais relatam que os idosos identificam a Unidade de Saúde como um local de atendimento para suas doenças, não tendo conhecimento de que as Unidades oferecem serviços além dos atendimentos preventivos.

*P.1 - É difícil eles faltarem, viu, sempre vêm.*

*P.2 - Não, eles vêm. Os idosos, geralmente, são assim, pessoas de compromissos... É um ou outro que foge disso, mas eles já trazem isso da vida deles, né, compromisso é compromisso, eles acabam vindo.*

Além da procura da Unidade de Saúde para cura de doenças, os idosos também frequentam o local para buscar medicações.

*P.1 - Ah sim, na vacinação eles vem, a vacinação eles gostam.*

*P.2 - Medicação. São os remedinhos, isso é o principal.*

*P.3 - Eu acho que é o remédio. Todo mundo procura remédio, porque já não consegue mais comprar o remédio, eles vêm mais se cadastrando por que precisam de remédio para doenças ...*

A P.1, em seu relato, traz uma observação importante em relação à frequência do idoso na Unidade, relatando que os idosos consideram somente os médicos como os profissionais que dominam o saber. Assim, mesmo que outros profissionais auxiliem nas dúvidas, o que o idoso quer mesmo é receber informações do médico, ocorrendo uma supervalorização do trabalho do médico e uma desqualificação dos demais profissionais da equipe.

*P.1 - É que eles querem conversar com o médico,... mas vai passar pela avaliação com a enfermagem, mas assim, passando pela avaliação com a enfermagem e não tendo consulta para eles não é a mesma coisa.*

*P.1 - Eles aceitam você falando tudo, explicando tudo, mas eles querem a consulta médica, eles querem a doutora, na verdade.*

Conforme Ferro et al. (2015), essa visão da Unidade de Saúde como um espaço para a cura de doença e atendimento individual precisa ser mudada, tanto pelo ponto de vista dos profissionais como dos pacientes. Os autores Silva e Motta (2015) realizaram uma pesquisa com usuários de uma Unidade de Saúde do Rio Grande do Sul e acrescentam que, além dessa visão de atendimento biomédico, os usuários também valorizaram o atendimento do médico em detrimento dos demais da equipe, além do fato de frequentarem a Unidade para buscar medicações.

Não obstante, a pesquisa com idosos realizada por Santos, Raymond, Chaves e Silva (2017) em duas Unidades de Saúde de Belém (PA) descreve que os profissionais mais procurados são os enfermeiros, sendo essa procura justificada pelos vínculos e pela responsabilidade do atendimento que realizam. Silva e Motta (2015) relatam uma

preocupação importante em relação à frequência na Unidade de Saúde para medicalização, pois muitas vezes ocorre a utilização de medicações desnecessárias, ficando a desejar uma escuta adequada do que realmente está acontecendo com a saúde do idoso.

### **Percepção do profissional de saúde referente à integralidade do sujeito**

Apesar da visão limitada quanto à prevenção de acidentes físicos com os idosos e do histórico da formação profissional limitada que tiveram na graduação, percebe-se, por meio do relato das profissionais entrevistadas, uma sensibilidade e uma preocupação maior com o sujeito, indo além da cura:

*P.1 - A dor deles, dor e às vezes o isolamento em casa. / - Sim, uns vêm e se queixam da dor mas querem mais conversar, contar... / - A gente atende bem, o pessoal tem muito respeito pelos idosos aqui na Unidade./ - É um simples “bom dia” às vezes que você dê para ele, eles já ficam mais feliz no dia.*

*P.3 - Não, a gente fica doente com isso, porque quem tem um pouco de coração que vê, alguns entendem, a maioria não tem o dinheiro pra comprar, eles se revoltam e quem aparar tudo... o baque fica aqui./ - Então a cabeça da gente vai adoecendo, a gente também não é de ferro./ - A gente é gente, né?*

Essa visão ampliada do sujeito é muito importante na área de saúde. Os relatos das profissionais coincidem com uma preocupação bem pontuada por Ayres (2004a) sobre o cuidado do sujeito, pois, em um tempo de desenvolvimento rápido das tecnologias e do conhecimento científico, muitos profissionais procuram meios para resolver o problema do ser humano como se ele fosse um objeto, buscando somente o objetivo final e ignorando as dimensões subjetivas e o bem-estar do sujeito.

Freitas, Queiroz e Souza (2010) descrevem sobre o envelhecer que envolve fatores além do biológico, como fatores sociais e culturais. Pereira, Barros e Augusto (2001) completam a importância de considerar a subjetividade, emoções, sentimentos e histórias de cada pessoa. Assim, os trabalhos na área de saúde devem ser direcionados para além do cuidado da doença, considerando todas as esferas (biológica, social, psicológica e cultural) que permita a autonomia e o bem estar (Nasri, 2008). Esse cuidado integral também está de acordo com a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS que preconiza a existência de comunicação entre usuários e os profissionais de saúde, o acolhimento e a escuta das necessidades de quem busca atendimento (Brasil, 2004). Deste modo, profissionais de saúde qualificados podem contribuir incentivando e conscientizando os usuários da importância de participar de diversas atividades (Ferreira, et al., 2012).

### **Entrevista com as pessoas idosas**

#### **Motivo em que o idoso decide procurar a Unidade Básica de Saúde**

Os motivos que levam os idosos a procurarem a Unidade Básica de Saúde referem-se principalmente à busca do atendimento para curar alguma enfermidade, do controle de alguma doença crônica, ou à busca por medicações, conforme constatamos nos relatos abaixo:

*I.1 - Eu venho para cá porque eu tenho um problema, né? Eu tenho aquele negócio que eu estou sem idade mais, e eu caio de repente, às vezes eu perco o sentido, e é esse que é o meu problema é direto, aqui então, eu tomo remédio controlado.*



*I.2 - Eu venho porque sou diabética ... daí eu preciso, eu dependo do médico aqui...É quando eu sinto alguma coisa diferente, daí eu procuro um médico aqui.*

*I.3 - É porque às vezes a gente sente alguma coisa, como se diz? Se a pessoa tiver com algum problema, então você tem que correr atrás.*

*I.4 É, ou quando está doente ou para os exames para ficar tranquila durante o ano, é de ano em ano que a gente faz, que nem ontem eu vim fazer o preventivo, agendar a mamografia, em março eu fiz os exames de sangue, tudo para ver se o colesterol está bom. Sempre meu colesterol é um pouco alto né!*

A entrevistada I.3 faz uma observação importante em relação às visitas e às prescrições dos profissionais de saúde, indicando que eles acabam por reforçar, mesmo que não intencionalmente, uma visão limitada do serviço de saúde, direcionando essa busca para atendimentos de cura:

*I.3 – Aquele pessoal que anda na rua que trabalha aqui, que passa de casa em casa... Olha! Se sentir alguma coisa vai no postinho.*

Percebemos, através da revisão da literatura e por meio das pesquisas, a necessidade de mudar essa concepção de procura da Unidade de Saúde. Se a projeção do IBGE (2013) indica que a população idosa aumentará de modo que teremos, no Brasil, mais idosos do que crianças, e assim que a expectativa de vida também aumentará com o passar dos anos, uma das dimensões que precisa reformular o modo de pensar é a da área de saúde, com trabalhos que ultrapassem a cura por meio de práticas voltadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde (Nasri, 2008; Pavarini et al., 2005).

A identificação do serviço de saúde como o lugar em que o idoso vai buscar medicação remete às preocupações com o uso adequado e consciente da medicação.

Costa, Rabelo e Lima (2014) alertam em relação às medicações e ao trabalho do farmacêutico, enfatizando a importância de os idosos terem consciência das doenças crônicas que normalmente acometem essa idade, e a relevância de usarem as medicações conscientemente e com cautela. Ainda, reforçam a necessidade de a sociedade mudar a concepção do farmacêutico como um profissional que tem formação somente para vender ou prescrever medicamentos, pois, como profissional da saúde, tem o papel de trabalhar com as pessoas idosas temas que vão além da mediação, como promoção da saúde e prevenção de doenças.

### **Doenças crônicas que acometem os idosos**

Em relação às doenças crônicas, todos os idosos relataram ter mais de uma, sendo controladas por meio de prescrições de medicamentos contínuos pelos médicos.

*I.1 - Esses problemas que eu tenho, a diabete, eu tenho problema de pressão alta, isso que eu acho me prejudica demais! A coluna já era para ter operado, não consegui, por causa do coração, problema do coração.*

*I.2 - Tem medicamento que é caro, né? Eu tomo vários tipos, tem de tireoide, tem... eu tomo insulina, tomo remédio da pressão...*

*I.3 - Eu... o único problema que eu tenho, o médico foi examinar, faz tempo já... é do coração. Tem uma veia... pôs os aparelhos e tem uma veia entupida, mas os remédios que eles passam para mim, eu me sinto bem, meu coração de um ano para cá, eu me sinto, parece que nem... não sinto nada dele, né?*

*I.4- Ele tem vários problemas sabe, ele já deu um derrame, ele tem um problema na próstata, ele tem pressão alta, ele tem um probleminha no coração para tomar remédio para pressão... mas agora ele está tudo tomando remédio está indo tudo bem, graças a Deus.*

Em uma pesquisa realizada por Silva e Motta (2015), em uma Unidade Básica de Saúde no Rio Grande do Sul, a grande maioria dos usuários também relataram o acesso à unidade para a busca de medicamentos de uso contínuo. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde descreve as doenças crônicas que normalmente acometem essa população:

Aos 60 anos de idade, a deficiência e o falecimento resultam amplamente de perdas de audição, visão e movimentos relacionados à idade, bem como doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência (OMS, 2015, p. 12).

Assim, com a transição demográfica e o consequente aumento contínuo da população idosa, o cuidado com a área de saúde terá que encontrar meios de controle, uma vez que é gerado um aumento de gastos com a medicação (Nasri, 2008). A OMS (2015) sinaliza que essas doenças podem ser prevenidas ou atrasadas com mudanças de comportamentos mais saudáveis, e é nesse sentido que as Unidades Básicas de Saúde devem redirecionar seus olhares.

Na fala dos idosos, o serviço de saúde fica reduzido ao acompanhamento de doenças e à busca por medicação. A prevenção só aparece na relação com a ausência de doença, revelando, portanto, a polaridade saúde-doença.

Destacamos que a saúde deve ser concebida como um processo dinâmico, que se dá em relação à biografia do sujeito e aos modelos e padrões estabelecidos na história e na cultura (Figueiredo & Furlan, 2008). Portanto, a saúde depende da ação do sujeito e de seu compromisso com sua própria realidade, o que envolve suas experiências e representações, mas também as possibilidades e os limites dados pelo social. Segundo Figueiredo (2012, p. 50),

Saúde é, para cada um, ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. Dessa forma, a produção de saúde dependeria da inserção do sujeito no mundo, de suas condições biológicas, afetivas, relacionais, sócio-históricas e das redes de apoio que ele pode acionar para lidar com esse contexto. Mas dependeria também do próprio sujeito, sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca.

### **Modo como foi realizado o atendimento ao idoso pelos profissionais de saúde e as dificuldades percebidas durante o atendimento**

Durante o transcorrer da conversa, a principal reclamação foi a dificuldade enfrentada por esses idosos no atendimento preferencial o qual a Unidade de Saúde não consegue realizar. Os idosos relataram que antes existia a consulta agendada previamente com hora marcada, porém, a Unidade não faz mais o agendamento, fazendo com que o idoso precise chegar cedo e espere na fila para tentar conseguir uma senha para o atendimento.

*I.1 - Agendavam, agora não estão agendando, eu tenho que sair cedo lá de casa e vir aqui para pegar ficha na fila ali. Aí já é meio complicado para mim, porque agora eles não marcam mais a consulta.*

*I. 2 - Agora porque tem maior dificuldade assim de... de médico, né? Porque tem que vir muito cedo, como eu tenho que tomar meus medicamentos e tomar café, então, para mim, me prejudica.*

*I.4 - Eu já vim 4.30 da manhã para cá para pegar ficha mais meu esposo, essa última vez mesmo acho que foi atendido bem uns oito na nossa frente ... E nós falamos: nossa mas eu sou a primeira eu e ele. Ahnã mas, já tem gente que*

*veio outro dia e não conseguiu e então ficou agendada. Ai, eu falei que vocês dizem que não agendam. Não, mas nós não agendamos, é porque não deu para atender a semana passada. Mas só que de um ano para cá, não, de um ano não, depois que mudou esse povo lá embaixo naqueles prédios, está feio, é muita gente, a fila vai longe.*

O atendimento nesta unidade não consegue atender a legislação, que claramente determina o atendimento preferencial, previsto pela Lei nº 10.048 de 08 de novembro de 2000. Em seu artigo primeiro, a lei assegura o atendimento prioritário aos idosos, assim como às pessoas com deficiência, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo e obesos. Essa lei prescreve a obrigatoriedade dos serviços públicos em realizar o atendimento prioritário, prevendo infrações caso não seja seguida (Lei nº 10.048, 2000).

I.4 complementa com o discurso de que a dificuldade do atendimento prioritário se dá pelo excesso de demanda na Unidade, como que justificando a mudança no atendimento.

Nesse sentido, é necessária uma revisão da forma como é realizado o atendimento, sendo realizado um estudo sobre a alta demanda e sobre as dificuldades que a Unidade está enfrentando para conseguir atender toda a população de forma satisfatória e conforme a lei (Lei nº 10.048, 2000) estabelece. Entretanto, apesar da dificuldade de falta de atendimento prioritário relatado por todos os idosos entrevistados, percebe-se respeito, contentamento e confiança dos usuários em relação aos profissionais de saúde.

*I.1 - O atendimento é bom, aqui é bom.*

*I.2 - Eu, para mim, não tenho queixa, para mim, eles me atendem bem.*

*I.3 - É, tudo bem, a gente vem aqui e é bem atendido, eles tratam a gente bem. / Demora porque eles vão especular a gente alguma coisa,... aquele médico ali, o*

*rapazinho novo, é um cara bem entendido, ele especula a gente, se sente alguma coisa, já puxa o... essa coisa aqui para aparecer ali...*

*I.4 - Olhe, eu para mim eu não posso reclamar, a gente é bem atendido aqui, eu não tenho o que dizer*

Analisando o contexto que estamos vivenciando – uma época em que a priorização está no desenvolvimento de tecnologias e informatização além da busca constante pela satisfação material para preencher as lacunas de solidão – deixa-se de lado as relações afetivas. Assim, muitas vezes, quando o sujeito procura um atendimento médico, a preocupação dos profissionais é solucionar a queixa, analisando os pacientes em partes, e não no todo (Ayres, 2004a; Bauman, 2005). Portanto, apesar de todos reclamarem da falta de atendimento prioritário, isso não impacta negativamente em relação ao atendimento que é realizado pelos profissionais de saúde, constatando que existe o acolhimento, com preocupações além da cura da doença.

Em uma pesquisa semelhante, realizada por Santos et al. (2017) em duas Unidades de Saúde de Belém (PA), entrevistando idosos, constatou-se que a maioria dos idosos também se sentem acolhidos pelos profissionais de Saúde da Unidade – o que demonstra que suas necessidades são escutadas e atendidas.

### **Avaliação do idoso referente às práticas físicas na Unidade de Saúde**

Os idosos que participam da prática física ofertada pela Unidade Básica de Saúde comentam que, além de frequentarem a aula uma vez por semana com a orientação do profissional de saúde, também realizam a atividade de caminhar sozinhos nos demais dias. Podemos pensar que a caminhada é vista positivamente para ganhos à saúde, já que os idosos relatam que a caminhada faz parte da rotina diária.

*I.1 - Ah, eu faço só as minhas caminhadas mesmo, que eu faço sozinho, eu saio de manhã cedo, né, também todo dia de manhã... - A caminhada é coisa certa que eu faço todo dia.*

*I.2 - Só que antes era pior, né, porque daí inchava e depois que eu comecei a fazer caminhada... quando eu não venho eu faço em casa também.*

*I.3 - Eu faço caminhada, eu tenho bicicleta, sempre ando de bicicleta. Quando não estou de bicicleta, estou de a pé, aí às vezes estou lá...*

*I.4 - E daí a agente faz caminhada junto com as minhas amigas, a gente faz caminhada fora daqui nos sábados, nos feriados a gente faz caminhada também.*

Perguntamos também se eles poderiam dar dicas de quais práticas de saúde eles gostariam de participar.

*I.1 - Gostava muito de jogar bocha, de jogar futebol. Então, nós fomos naquelas canchas, jogar futebol. Só que o futebol hoje para mim já não dá... não dá para correr mais, já é perigoso cair.*

*I.2 - - É, assim, crochê ou tricô, né, gostaria de aprender.*

*I.4 - O meu médico ortopedista falou que se a gente pudesse fazer outra ginástica na água que é bom para esses problemas de reumatismo, artrose, mas aqui não tem né, tem lá do outro lado mas diz que tá já lotado de gente ... muitas outras coisas que nem o do exercício..., as pessoas que fazem yoga, fica tranquila ali só pensando diz que já muda muito a cabeça né. Eu queria que tivesse mais coisas aqui no bairro, nooossa.*

O que nos chamou a atenção foi em relação ao relato da I.2, a qual informou que gostaria de aprender crochê ou tricô, porém, uma profissional de saúde entrevistada relatou que existe uma oficina e que idosos podem participar.

*P.1 É só artesanato, e não é uma coisa específica, se chegar uma pessoa que não gosta de fazer artesanato vai pro crochê, não gosta do crochê, faz uma pulseira, então fica tudo espalhado na mesa, na segunda feira tarde.*

Nesse sentido, percebe-se a falta de entendimento, por parte da profissional, de que o crochê oferecido na Unidade é uma prática que pode promover a saúde. Revela-se, assim, a necessidade de que os profissionais recebam treinamentos para poder divulgar essas atividades e compreender os ganhos de uma atividade em grupo. As ações de práticas de saúde favorecem benefícios para além da parte física, como a capacidade funcional, contato com outras pessoas e laços de amizade, beneficiando o sujeito integralmente, conscientizando-os das potencialidades que possuem (Ferreira et al., 2012). Veras (2012) pontua o equívoco dos modelos de práticas ofertadas que, em vez de trabalhar o sujeito como um todo considerando os fatores biológico, psicológico e social, além do seu contexto de vida, acabam somente no cuidado de doenças crônicas. As ações, conforme a Política Nacional de Saúde para as pessoas idosas orientam para a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Outras pesquisas realizadas em Unidades Básicas de alguns psicólogos começaram Saúde também concluem que atividades em grupo são meios que auxiliam a promoção de saúde do idoso, como o estudo de Nogueira, Munari, Santos, Oliveira e Fortuna (2013). Os autores analisaram um grupo formado por 23 idosos que funciona há 13 anos, vinculado a uma Unidade de Família de Goiana, sendo coordenado por seis agentes comunitárias. Esse grupo tem como foco “a promoção da saúde de idosos por meio de realização de atividades físicas, recreativas e de socialização” (Nogueira et al., 2013, p. 1353), o que permite a união, a formação de laços de amizade, além da perseverança em enfrentar as dificuldades por meio das trocas de experiências.



Em um sentido próximo, o estudo realizado por Costa et al. (2014), com um grupo de idosos existente em uma Unidade de Saúde da Família de Recife, investigou os benefícios relacionados ao desenvolvimento de atividades educativas que foram coordenadas por um farmacêutico-residente. O estudo teve como objetivo demonstrar a importância do farmacêutico em uma Unidade de Saúde, demonstrando que seus trabalhos vão além de fornecer medicação. Assim, o farmacêutico trabalhou temas como Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes, utilização de medicamentos, doenças reumáticas e prevenção de quedas, os quais permitiram reflexões e troca de experiências, com aprendizados entre os pacientes e o profissional, ampliando a visão do farmacêutico para o campo de promoção da saúde com trabalhos que vão além da medicação.

Baldissera e Bueno (2012) contribuíram com o estudo realizado em uma Unidade de Saúde no Paraná, com um grupo de idosos hipertensos. O trabalho desenvolveu-se em quatro encontros por meio de atividades educativas que propiciaram aos idosos uma reflexão quanto aos seus momentos de lazer. As participações em grupo contribuíram para diminuir a solidão, criar novas amizades, compartilhar experiências, e aprender e refletir sobre a realidade.

Percebemos, também, que trabalhos que valorizem a interação com pessoas de idades diferentes devem ser incentivados. Estabelecer relações intergeracionais permite uma diminuição dos estigmas que foram transmitidos culturalmente, de que pessoas acima de sessenta anos são inválidas e não têm mais nada a contribuir com a sociedade. Goffman (1988) menciona o papel do outro na construção da identidade de quem eu sou. O que o outro fala de mim acaba sendo uma parte de quem eu sou, e é nesse sentido que os trabalhos em grupo favorecem uma diminuição do estigma e podem desenvolver o respeito às diferenças. A partir do momento em que as pessoas

conseguem falar quem são, compartilhar sua história, abrem-se possibilidades de se posicionarem e enfrentarem, por meio de trocas e apoios mútuos, suas dificuldades.

Precisamos permitir que as pessoas expressem suas ideias e vivências para diminuir o estigma o qual é imposto pela sociedade contra elas; como Barros (2011) cita, “A juventude, por um lado, apresenta-se como um contraste a velhice e como um padrão de vida que deve ser estendido a todas as faixas etárias” (Barros, 2011, p. 47). Nesse sentido, a pesquisa recentemente realizada por Massi, Santos, Berberian e Zieseimer (2016) contou com a participação de atividades dialógicas intergeracionais com crianças, adolescentes e idosos, referente às práticas em conjunto. O estudo constatou que o contato entre idades diferentes permite um aprendizado mútuo, compartilhando experiências entre gerações e o respeito entre ambas as partes. Corroborando os achados de Goffman (1988), a troca de conhecimentos entre os diferentes resulta no respeito das diferenças e no aprendizado das potencialidades que cada um possui. Assim, em nossa pesquisa, três idosos relataram sentir-se bem em conviver e realizar atividades com pessoas com idades diferenciadas, conforme relato abaixo.

*I.1 - Sinto à vontade, todo mundo é amigo, a gente ali é que nem umas irmandades, todo mundo conversa, brinca, As vezes eles tão andando dão aquela volta lá embaixo, e às vezes estou ali, por causa da descida, daí falam pra mim, já tá cortando caminho? É, sou eu por aqui (relacionamento com pessoas de idade diferentes).*

*I.3 - Um conhece o outro, ... já passa tudo a ser amigo do outro, né? A ter amizade, então a gente está caminhando, a gente inventa um assunto para brincar com pessoal e tudo que tá ali e tal, é assim. Conversa... a gente conversa entre nós, agora senta ali para conversar, até que ele chega, aí fica ali*

*batendo papo, contando causo, aí chega e tal, ele sempre vem adiantado, então tudo bem.*

*I.4 – É, são todos daqui também. São todas mais nova do que eu né , não tem ainda sessenta anos, mas a gente está junto, sempre caminha junto, vem aqui nessa academia...*

Cabe destacar que a idade cronológica nem sempre corresponde à idade vivenciada. I.3 expressa esse sentimento relatando:

*I.3 - Não, porque os mais novos... às vezes... eu estou com 66, a mulher está com 62 e eu 63, aí... como se diz? Esse pessoal mais novo, a gente brinca com eles, fala, você aguenta correr porque você está novo ainda. Aí eles falam, mas o senhor também não tá velho. Eu não estou velho, minha idade que tá velha.*

Beauvoir, em 1976, no livro *A Velhice*, já trazia essa ideia de diferenciar a idade cronológica da idade vivenciada. Casotti e Campos (2011) contribuem ao refletir sobre o tema: Quem a sociedade denomina idoso? Será que completar os sessenta anos de idade e aposentar-se é o mesmo que parar de viver? Nesse sentido, o pensamento precisa evoluir, com a mudança de paradigma entre velho e incapacidade. A aposentadoria deve ser vista como uma oportunidade de tempo para realizar atividades de lazer e novos projetos, os quais não conseguiram ser concretizados antes.

Durante a entrevista com as pessoas idosas, surgiram dois temas importantes relacionados às relações sociais e à importância do trabalho na vida dos idosos: redes sociais significativas e relações com o trabalho.

### **Redes sociais significativas**

Bosi (1994), por meio de registros de relatos de lembranças dos velhos, apresenta como as relações sociais são muito importantes na vida das pessoas. Viver em

uma comunidade receptiva com a presença de familiares, vizinhos e amigos contribui para o bem-estar de todos. Lane (2001) relata que a relação do homem com outras pessoas tem início desde seu nascimento, sendo que a família é a primeira relação, e depois surge o contato com os grupos formais e informais. Na presente pesquisa, os entrevistados expressaram a importância das redes de apoio, e demonstraram sinais de que se sentem pertencentes à comunidade em que vivem, podendo contar com o auxílio de vizinhos e amigos sempre que precisarem.

*I.1 - Aí tem uns vizinhos, meus amigos, e vamos pescar. Ele passa lá em casa, vamos pescar? Vamos. Aí cuida de mim lá.... Então todo mundo quer bem demais. / Desço, em um amigo meu ali embaixo, vou lá na casa dos amigos, tomo um chimarrão com eles lá, né, e depois vou pra casa.*

*I.2 - Ah, eu me sinto bem...(na comunidade) / Eu me dou com todo mundo.*

*I.3 - Meus vizinhos, tudo gente boa, bacana. Quem está de perto, está de longe, que conhece a gente é gente boa. / Eu não tenho do que reclamar. Para mim tá tudo bem, porque os vizinhos que a gente tem é... que mora perto da gente, é tudo bom, você sai para onde for, ninguém te incomoda, nada. Você vai e volta tranquilo, Está tudo bem, os vizinhos tratam a gente bem, eu trato eles bem também então... tranquilo.*

Resende, Bones, Souza e Guimarães (2006) descrevem a importância das relações sociais na vida, destacando os ganhos que o contato com outras pessoas pode gerar, já que é nas relações que há troca de informações, apoio emocional, apoio material e aprendizagens que muito contribuem para a saúde física e mental das pessoas. Os autores ressaltam que conviver com o outro significa dar e receber apoio, além de permitir um sentimento de pertença e valorização na comunidade, favorecendo o bem-estar pessoal e social. Andrade e Vaitsman (2002) complementam que as redes sociais

(o contato com outras pessoas) também propiciam práticas de monitoramento de saúde, as quais impactam positivamente nas atividades pessoais do sujeito. Assim, os autores citam que “Tal atitude acabaria por incentivar muitas das atividades pessoais que se associam positivamente à sobrevida: rotina de dieta, exercícios, sono, adesão a regime medicamentoso e cuidados com a saúde em geral” (Andrade & Vaitsman, p. 928), resultando em um sentido de vida e na construção da identidade. Sluzki (1997) cita a importância da família no apoio social entre os membros já que influencia na auto-imagem e construção de identidade do indivíduo, principalmente na saúde e em dificuldades de crise.

Autores como Martín-Baró (1989), Lane (2001) e Góis (2008) trabalham com a ideia de grupo e suas contribuições para os sujeitos envolvidos. Estar imerso em um grupo favorece o sentimento de acolhimento e auxilia os participantes na troca de saberes por meio da reflexão crítica da atual realidade, resultando na conscientização quanto as suas fraquezas e possíveis potencialidades, para serem agentes transformadores de suas vidas e da sua busca para atingir uma vida com maior autonomia. Entretanto, muitos idosos ainda se sentem isolados da comunidade ou da família. Nesta pesquisa, I.1 relata sentir-se como alguém invisível em casa, como se sua presença fosse indiferente, permanecendo na solidão.

*I.1 - Se eu for daqui para casa agora, eu chego em casa, às vezes tomo café com leite, e eu vou direto para o quarto. Ninguém, se chegar uma pessoa e perguntar por mim, se eu estou ali, ninguém diz que eu estou em casa. Eu fico só lá em casa, dentro do quarto trancado, por ali. Saio, se tiver que sair, eu saio um pouco, mas eu volto para casa.*

Elias (2001) faz um relato com sentido próximo ao que foi apontado pelo entrevistado I.1: “Mas ao mesmo tempo as pessoas, quando envelhecem e ficam mais

fracas, são mais e mais isoladas da sociedade e, portanto, do círculo da família e dos conhecidos” (Elias, 2001, p. 85). O autor lembra essa falta de relações e o isolamento pela família ou pela sociedade que os velhos acabam por sofrer, como se não existissem na comunidade. Referindo-se às relações sociais, Bosi (1994) relata a importância das conversas e da troca de sabedorias com os idosos, pois transmitir lembranças é transmitir conhecimentos os quais muitas vezes podem ser acessados somente pelos relatos das pessoas que já vivenciaram muitas experiências. Assim, os idosos de hoje, em seu passado, foram crianças e jovens, que auxiliaram na construção do que existe atualmente. A inquietação é gerada pelo questionamento dos motivos de seu isolamento após ficarem velhos: Seria como se tudo o que fizeram até o dia de hoje de nada valesse, já que são excluídos da sociedade?

### **Relação com o trabalho**

Também questionamos durante a entrevista qual é o sentimento em relação ao trabalho, perguntando se ainda trabalhavam, se sentiam falta, ou qual é a relação em suas vidas. O discurso de todos foi o mesmo, indicando a falta que o trabalho faz em suas vidas, pois o trabalho significava conviver com outras pessoas, criar amizades, ocupar o tempo e ser reconhecido como produtor na sociedade.

*I.1 – De eu não poder... eu acho que é isso que me incomoda, não poder trabalhar.*

*I.2 - Ah, sente, né? Porque pelo menos a gente saía de casa né, agora não, fica em casa ou... às vezes eu saio, para não ficar... para não ficar agressiva, né? / Trabalhei vinte e cinco anos com a mesma pessoa. Ela faleceu. Mas trabalhava só com ela e ela... os filhos não moravam aqui. Era melhor amiga, as duas, né?*

*Então, eu ficava uns três dias por semana, eu ficava com ela, fazia companhia.*

*Não... fora, eu não ganhava nem a mais, nem a menos.*

*I.4 - Noooossa, Deus como sinto, e olha que a gente já andou levando o currículo. Eu tenho de doméstica na minha carteira e auxiliar de limpeza, mas está difícil.*

Berger e Luckmann (2014) relatam que a identidade é constantemente construída pelas relações sociais, e ao longo da vida crescemos com biografias as quais nos marcam como constituintes em uma determinada cultura que dá significados a nossa vida dentro do quadro de referência que temos. Desse modo, o indivíduo não é visto em partes, e sim no todo. Então, por exemplo, quando a pessoa acaba perdendo o trabalho, ela perde também um pouco de sua própria identidade. Como os autores lembram, estamos imersos em um universo simbólico, que são as ideias, representações, normas e símbolos, sendo o que confere sentido a nossa existência. A perda do trabalho, assim, acaba por interferir na identidade do indivíduo e nos sentidos que ele atribui ao seu cotidiano.

Durante o relato do entrevistado I.3, chamou-nos a atenção a tentativa do convencimento de que agora chegou o momento de seu descanso, recomendado inclusive pelos médicos. I.3 fala:

*I.3 - Certo, você sente saudades de trabalhar sim, mas o médico mesmo fala para gente, a idade do senhor chegou, o senhor está aposentado, vai descansar.*

*Eu trabalhei... só na roça, eu trabalhei mais de 50 anos. Só na roça, fora na cidade. Na cidade trabalhei pouco, trabalhei pouco na cidade, mais foi no sítio.*

*Sítio, fazenda. Então... a gente já estava acostumado, né, com aquele padrão?*

*Quando você para, você estranha. Você estava no meio de gente, toda hora, todo dia, né? Conversando, trabalhando, se divertindo, batendo um papo e*

*depois... E hoje é assim, devagar, direto assim em casa. Então, a gente descansa bastante, mas tem aquela lembrança daquele tempo.*

Assim, ele relembra os bons momentos que vivenciou no trabalho e destaca a falta que isso faz. Santos (2013) demarca os discursos que foram criados em relação ao sentimento de envelhecimento, e as questões emocionais em que ainda prevalecem a relação do ficar velho e se aposentar – discursos que desconsideram toda a vivência e o acúmulo de conhecimento dos idosos. “No mais das vezes, o discurso sobre o envelhecimento vem sendo associado à ideia de final da vida, perda do lugar social e valor produtivo tendo como consequência a aposentadoria ou a morte” (Santos, p. 38, 2013). Esses são os discursos construídos e repassados socialmente. Berger e Luckmann (2014) apresentam a ideia da reificação, que seria uma alienação daquilo que foi produzido: o velho seria uma coisa que está envelhecendo, e o homem vai esquecendo-se da autoria de tudo aquilo que produziu.

Soares e Sarriera (2013) acrescentam a ideia de que muitos de nós ocupamos grande parte do nosso tempo trabalhando – 30 a 40 anos realizando atividades, convivendo com pessoas e com rotinas diárias –, quando de repente chega a aposentadoria com toda a disponibilidade de tempo livre e a falta da rotina. Porém, os autores ressaltam:

Para nós, a pessoa poderá estar sempre desenvolvendo outros “fazeres”, sejam eles ligados aos relacionamentos, às questões artísticas, ao voluntariado, à consultoria naquilo que sempre trabalhou, ou mesmo desenvolvendo uma nova carreira. Está previsto que viveremos ainda uns 20 a 30 anos após a aposentadoria. Por que não escolher uma nova profissão? (Soares & Sarriera, 2013, p. 110)



Assim, os autores (Soares & Sarriera, 2013) realizaram um trabalho com grupo que permitiu a reflexão sobre a aposentadoria e sobre novas possibilidades de atividades as quais podem ser realizadas para um melhor aproveitamento dessa nova etapa – o que resulta na promoção de saúde, na diminuição de adoecimento e no sentimento de pertença na comunidade. Incentivar as pessoas que se aposentaram a realizarem novas atividades ou atividades que sempre sonharam, porém não puderam realizar pela falta de tempo, contribui para que os idosos não percam o sentido de viver. Se o trabalho ocupava praticamente a maior parte do tempo que o idoso dispôs durante toda a sua trajetória de vida, a parada repentina pode não parecer tão boa quanto o sonho de descansar, afinal, todos nós precisamos de ocupações para que a vida tenha um sentido de existência.

## 5 Considerações Finais

O objetivo desse estudo foi conhecer as práticas desenvolvidas em relação ao envelhecimento em uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba, partindo do conceito de práticas – que são criações, apropriações e usos de formas sociais de fazer as coisas, as quais foram construídas e reproduzidas na comunidade. A análise dos resultados revelou que as práticas desenvolvidas nessa Unidade estão voltadas ao cuidado da doença, busca por medicamentos e práticas de atividade física.

Para que seja possível o alcance do envelhecimento ativo, prevalece a necessidade de mudança de práticas tanto dos profissionais de saúde quanto da população em relação aos conceitos e estigmas sobre o envelhecimento humano, mudança na forma como os serviços de saúde estão sendo realizados, aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais de saúde em relação à pessoa idosa, e análise de como as políticas públicas destinadas aos idosos estão sendo exercidas na prática.

Os profissionais de saúde e os usuários dos serviços desenvolvidos nas Unidades de Saúde precisam aprofundar o conhecimento em relação às políticas públicas da área e ampliar as ações e os olhares desses espaços. Assim, é preciso transformá-las de lugares a serem procurados como busca para a cura de doenças, de atendimentos individualizados e de retirada de medicamento, para locais que favoreçam a promoção de saúde e prevenção de doenças. Conforme os dados encontrados neste trabalho, deve-se ampliar as diretrizes das práticas relacionadas à saúde em direção ao envolvimento do cuidado integral do sujeito, como por exemplo, o desenvolvimento de práticas que trabalhem com grupos de discussão, tricô, artesanato, conversas, reflexão das necessidades, jogo de xadrez, jogo de futebol, realização de atividades intergeracionais, exercícios físicos, expansão das atividades de caminhadas, trabalhos voluntários, entre

outros, além de possibilitar atividades que as pessoas idosas desejavam, mas que por falta de tempo e de recursos não foram possíveis de concretizar nos tempos anteriores. Na revisão de literatura realizada neste trabalho, encontramos sugestões de práticas de grupo que poderiam ser desenvolvidas nas unidades de saúde e nos diversos espaços públicos comunitários para a promoção da saúde.

Em relação ao discurso da implementação das políticas públicas que visam ao envelhecimento ativo com melhor qualidade de vida, muitos requisitos ainda precisam ser atendidos, como o atendimento prioritário, remédios acessíveis e profissionais qualificados – os quais são pressupostos que já estão garantidos pelas políticas públicas, mas que, na prática, não estão sendo cumpridos. A população também pode contribuir para o alcance de uma vida longa e saudável, acabando com a visão limitada dos estereótipos negativos dos idosos como decadentes e sem potencial para uma vida ativa. As pessoas idosas, por sua vez, também precisam conscientizar-se de que o idoso de hoje não é o mesmo de tempos atrás; as mudanças tecnológicas e de conhecimento possibilitaram o aumento de expectativa de vida favorecendo que essas pessoas consigam realizar atividades, retardar doenças crônicas, e ter uma vida mais ativa e autônoma.

Em relação às contribuições que esse trabalho pode dar para o campo das pesquisas que se orientam a partir do referencial da Teoria das Práticas, relacionamos algumas reflexões sobre a produção dos dados. Consideramos que as entrevistas devem ser mais abertas para a fala livre das pessoas entrevistadas, até mesmo permitindo a dispersão para outros relatos que possam revelar experiências importantes, no sentido da aproximação e conhecimento do cotidiano das pessoas, contribuindo para uma maior compreensão das práticas. Percebemos que as entrevistas individuais diminuem o espaço para que as pessoas revelem e compartilhem os significados que construíram

sobre suas experiências e, assim, reflitam sobre suas práticas. Concluímos, como um ponto positivo do nosso trabalho, em relação à produção dos dados, que pudemos dar voz aos dois principais atores da prática pesquisada, e avalizamos os estudos os quais apontam as entrevistas em grupo como espaço de reflexão e mudança.

No que tange à pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde com os profissionais e os idosos, percebemos que os problemas não são pontuais, pois, conforme as pesquisas bibliográficas realizadas, existem as mesmas dificuldades em outras Unidades e Estados do Brasil. A revisão sistemática de grupos de promoção da saúde no envelhecimento possibilitou apresentar como a convivência com outras pessoas permite maior socialização, troca de conhecimentos, diminuição da solidão e do tempo ocioso, além de incentivar uma maior participação comunitária, sentimento de pertencimento e uma vida mais autônoma, o que contribui para saúde integral do indivíduo.

Nesse contexto, a Psicologia Social Comunitária contribui por meio do incentivo à reflexão quanto aos direitos, às necessidades e às potencialidades dos sujeitos com a troca de ideias entre a comunidade, realizando trabalhos que atendem a necessidade de cada local. Os trabalhos podem contribuir com a ruptura de práticas que foram institucionalizadas, e por meio da participação da comunidade e da análise do contexto refletir sobre novos discursos e novas possibilidades que se adéquem à realidade que vivenciam.

A limitação deste estudo está na pesquisa de dados realizada em uma única Unidade de Saúde que traz dados da população local, mas que podem ser ampliado para outras Unidades. A revisão sistemática apresentada em relação aos grupos de promoção à saúde limitou-se à busca de dados de grupos de promoção à saúde com idosos, com publicações nacionais. No entanto, ressaltamos a importância de futuros estudos com a

inserção de outros critérios para estudos sobre a qualificação do profissional que trabalha com idosos, quem são os cuidadores dos idosos, o porquê da menor participação masculina e maior participação feminina nos grupos de promoção a saúde, além de outros indicadores que possam contribuir com o envelhecimento ativo.

## 6 Referências

- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuaua-Moussaoui, I. (2010). *Os Métodos Qualitativos*. Petrópolis: Vozes.
- Amaral, M. D. S., Gonçalves, C. H., & Serpa, M. G. (2012). Psicologia Comunitária e a Saúde Pública: relato de experiência da prática Psi em uma Unidade de Saúde da Família. *Psicol. ciênc. prof.*, 484-495.
- Andrade, A. D. N., Nascimento, M. M. P. D., Oliveira, M. M. D. D., Queiroga, R. M. D., Fonseca, F. L. A., LAcerda, S. N. B., & Adami, F. (2014). Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Revista Brasileira de geriatria e gerontologia*.
- Andrade, Gabriela R. B. de & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934. Recuperado em 06 de junho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400023>.
- Andrade, T. P., Mendonça, B. P. C. K., Lima, D. C. D., Alfenas, I. D. C., & Bonolo, P. D. F. (2012). *Projeto Conviver*: estímulo à convivência entre idosos do catete, Ouro Preto.
- Andrade B. de N., Canon, M. B. F., Zugman, C. L., Ayres, T. G., Ide, M. G., & Novelli, M. M. P. C. (2014). Centro de convivencia de idosos: uma abordagem de estimulação cognitiva e psicossocial. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(1).
- Arruda, G. O. de, Mathias, T. A. de F., & Marcon, S. S. (2017). Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1).
- Ascari, R. A., Comiran, D. F., Farias, A. A. P., & Ferreira, L. E. A. (2015). A percepção do idoso acerca das atividades sociais e saúde. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20(1), 103-119.
- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, 8(1), 15-24.

- Assis, M. de, Hartz, Z., & Valla, V. V (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3).
- Ayres, J. R. de C. M. (2004a). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92.
- Ayres, J. R. de C. M. (2004b). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29.
- Baldissera, V. D. A., & Bueno, S. M. V. (2012). O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 380-387.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. trads.). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1977).
- Barros, M. M. L. (2011). Corpo, envelhecimento e felicidade. In Goldenberg (Org.). *A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira*. (pp.45-64). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Barros, M. M. L. D. (2006). Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. *Sociologia, problemas e práticas*, (52), 109-132.
- Bauman, Z. (2005). *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Zahar.
- Beauvoir, S. de. (1976). *A velhice: realidade incômoda*. São Paulo: Difel.
- Berardinelli, L. M., Guesdes, N. A., Ramos, J. P., & Silva, M. G. (2014). Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. *Revenferm UERJ*, 22(5), 603-9.
- Berger, P. L., & Luckman, T. (2014). *A construção social da realidade: Tratado da sociologia do conhecimento* (36a ed.). Petropolis: Vozes.
- Bertolli Filho, C. (2011). *História da Saúde Pública no Brasil* (5a ed.) (História em Movimento). São Paulo: Ática.

- Bispo, M. (2013). Estudos Baseados em Prática: Conceitos, História e Perspectivas. *RIGS Revista Interdisciplinar de gestão social*, 2(1), 13-33
- Bourdieu, P. (2004). *Os usos sociais da ciência*. Por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP.
- Borges, L. M., & Seidl, E. M. F. (2013). Efeitos de intervenção psicoeducativa sobre a utilização de serviços de saúde por homens idosos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(47), 777-788.
- Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. (3a ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Brasil. (2004). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização—a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de atenção integral. Ministério da Saúde. Brasília.
- Bulgacov, Y. L. M., Camargo, D., Canopf, L., Matos, R. D., & Ferrarini, N.L. (2016). Fundamentos da Prática na Pesquisa Organizacional. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 448-452.
- Camarano, A. A., & Pasinato, M. T. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos*, 60(1), 253-292.
- Campos R. H. de F., (2007). Introdução: A Psicologia Social Comunitária. In Campos, R. H. de F. (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da Solidariedade à Autonomia* (pp. 9-15). (13a ed.). Petrópolis: Vozes
- Campos, C. N. A., Santos, L. C. dos, Moura, M. R. de, Aquino, J. M. de & Monteiro, E. M. L. M. (2012). Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(3), 588-596.
- Carmagnanis, F. (2016). Velho é lindo. In M. Goldenberg (Org.). “*Jovens há mais tempo*”. (pp. 219-244). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.



- Carvalho, A. I. D. (2008). Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 4-5.
- Carvalho, C. R. A. de & Hennington, É. A. (2015). A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 417-431.
- Casotti L., & Campos R. (2011). Corpo, envelhecimento e felicidade. In Goldenberg M. (Org.). *Consumo da beleza e envelhecimento: histórias de pesquisa e de tempo* (pp. 109-132). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cassol, P. B. (2012). A Gerontologia interface o meio ambiente como estratégia no cuidado e promoção da saúde. *Electronic Journal of Management, Education and Environmental Technology (REGET)*, 6(6), 1043-1048.
- Castro, M. R. de, Lima, L. H. R., & Duarte, E. R. (2016). Jogos recreativos para a terceira idade: uma análise a partir da percepção dos idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 38(3), 283-289.
- Cavalcante, R. M. F., Dantas, D. D. S., Araújo, D. N., Magalhães, P. A. F., & Neves, M. T. D. S. (2015). Contribuições de um Grupo da Terceira Idade para a saúde das Idosas Participantes. *Rev. bras. ciênc. saúde*, 11-18.
- Chaves, R. G. R., Sena, L. B., Sardinha, A. H. L., de Mesquita, L. L. S., Neto, R. A. S., & Galvão, C. S. (2016). Conhecimento do enfermeiro sobre políticas de saúde da pessoa idosa. *Revista de enfermagem, UFPE*, 10(3), 1459-1465.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília: Senado Federal.
- Costa, E. M., Rabelo, A. R., & Lima, J. G. (2014). Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 35(1), 81-88.
- Cruz, L. R., Freitas, M. F. Q., & Amoretti, J. (2014). Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas. In Sarriera E. T. S. O. J. C. (Ed.). *Breve história e alguns desafios da Psicologia Social Comunitária*. (pp.76-96). Porto Alegre: Sulina.

Curitiba. (2017) *Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021*. Secretaria Municipal da Saúde. Curitiba, 2017. Recuperado em 06 de junho, 2018, de [http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde\\_SMS%20Curitiba%20\\_final%2004.04.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde_SMS%20Curitiba%20_final%2004.04.pdf).

Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, 3, 39-54.

Debert, G. G. (2012). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.

*Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013*. (2013) Estabelece o Compromisso Nacional para o envelhecimento ativo e institui comissão interministerial para monitorar e avaliar as ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicas envolvidas em sua implementação. Diário Oficial da União, Brasília, 2013. Recuperado em 06 de junho, 2018, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm).

Eid, A. P., Bevilaqua, C. F., & Motta, R. F. (2009). A psicologia e a saúde coletiva na comunidade: relato de uma experiência. *DisciplinarumScientia| Ciências Humanas*, 10(1), 41-55.

Elias, M. V., Pizzeti, S. A., & Barreto, D. J. (2013). Idosos em experimentação no circuito urbano: relato de uma experiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 746-757. Recuperado em 06 de junho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300017>.

Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos seguido de “envelhecer e morrer”*. (P. Dentzien. Trans.). Rio de Janeiro: Zahar

Fernandes, M. D. G. M., & Santos, S. R. (2007). Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. *Achegas. Net- Revista de Ciência Política*, (34), 49-60.

Fernandes, M. T. de O., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1494-1502.

- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*, 21(3), 513-518.
- Ferreira, V. M., & Ruiz, T. (2012). Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46, 843-849.
- Ferro, L. F., Silva, E. C., Zimmermann, A. B., Castanharo, R. C. T., & Oliveira, F. R. L. (2015). Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia de saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: Potencialidades e desafios. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, 8(4), 111-29.
- Figueiredo, M. (2012). A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação. 2012. 341 f (Doctoral dissertation, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- Figueiredo, M. D., & Furlan, P. G. (2008). O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Campos & Guerrero (Orgs.). Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. (pp. 154-178). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Franzoni, B., Lima, L. A. de, Castoldi, L., & Labrêa, M. da G. A. (2013). Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12).
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. (17a ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freitas, M. C. de, Queiroz, T. A., & Souza, J. A. V. de. (2010). O significativo da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Ver Esc Enferm USP*, 44(2), 407-412.
- Freitas, M. F. Q. (2015). Práticas do psicólogo em políticas públicas. In M. S. L. Dias & M. Z. Beatriz (Eds). *Políticas públicas e psicologia social comunitária: interfaces e desafios*. (pp. 29-41). Curitiba: Juruá.
- Gama, C. A. P. da & Yamazato Koda, M. (2008). Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. *Psicologia ciência e profissão*, 28(2).

- Gherardi, S. (2000). *Practice-Based Theorizing on Learning and Knowing in Organizations*. (Vol. 7, ed. 2, pp. 221-233). London, Thousand Oaks, CA and New Delhi.
- Gil, A. C. (1999) *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5a ed.) São Paulo:Atlas.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Góis, C. W. de L. (2008). *Saúde comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Hucitec.
- Goldenberg, M. (2014). *A bela velhice*. Editora Record.
- Gonçalves, C. D. (2015). Envelhecimento bem –sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 2(2), 645-657.
- Guareschi, P. A. (2013). Envelhecendo com apetite pela vida Interlocuções psicossociais. In S. S. Santos & A. C. Carlos (Eds). *Apresentação*. (pp. 9-11) Petrópolis: Vozes
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2013). *Projeções da População Brasil e Unidades da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Isoldi, D. M. R., Cabral, A. M. de F., & Simpson, C. A. (2015). Ação educativa com idosos em situação de vulnerabilidade. *Northeast Network Nursing Journal*, 15(6).
- Kuwae, C. A., Carvalho, M. C. D. V. S., Prado, S. D., & Ferreira, F. R. (2015). Concepções de alimentação saudável entre idosos na Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ: normas nutricionais, normas do corpo e normas do cotidiano. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 18(3), 621-630.
- Lahm-Vieira, C. R., & Boeckel, M. G. (2012). (Qual) idade de vida: intervenção psicológica junto a grupo da terceira idade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 17(1).
- Lane, S. T. M. (2001). O processo grupal. In S. T. M. Lane & W. Codo (Eds.). *Psicologia Social: o homem em movimento*. (pp. 78-98). São Paulo: Brasiliense.

*Lei 10.048, de 08 de novembro de 2000.* (2000) Dá prioridade ao atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.

*Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília.

*Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.* (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.

*Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.* (1994). Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.

*Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.* (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.

Leite, M. T., Winck, M. T., Hildebrandt, L. M., Kirchner, R. M., & Silva, L. A. A. D. (2012). Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 15(3), 481-492.

Lourenço RCC, Massi G, Lima RR. Trabalho com a linguagem e envelhecimento: uma busca por ressignificações de histórias de vida. *Revista CEFAC*. 2014;16(2):672-78. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620148013>

Maia, M. A., Reis, I. A., & Torres, H. de C. (2016). Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1), 59-64.

Martín-Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder*. San Salvador: UCA.

Massi, G., Santos, A. R. dos, Berberian, A. P., & Ziesemer, N. B. de. (2016). Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos. *Revista CEFAC*, 18(2).

Medrado, B., Passarelli, C. A. F., Lima, H., Mirím, L. Y. L., Spink, M. J. P., Pinheiro, O., & Menegon, V. M. (2013). *Práticas discursivas e produção de sentidos no*

*cotidiano* (M. J. Spink Ed.). Centro Edelstein de pesquisas sociais: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Mendonça, E. T., Aires, L. F. A., Amaro, M. O., Moreira, T. R., Henriques, B. D., Almeida, L. C., ..., & Brinati, L. M. (2014). A experiência de oficinas educativas com idosos:(re) pensando práticas à luz do pensamento freireano. *Revista de APS*, 16(4).
- Ministério das Relações Exteriores. Convenção Interamericana sobre os Direitos das Pessoas Idosas (2015). Disponível em : <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/10221-convencao-interamericana-sobre-os-direitos-das-pessoas-idosas>
- Monteleone, T. V., & Witter, C. (2017). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e Idosos: Conceitos, Estudos e Perspectivas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 48-61.
- Montero, M. (2004a). Orígenes y desarrollo de la psicología comunitaria. In Montero M. (Ed.), *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. (pp.19-30). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montero, M. (2004b). Qué es La psicología comunitaria. In M. Montero (Ed.), *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. (pp. 31-40). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nascimento, E. D. S. (2012). Os efeitos do liangong em hipertensos assistidos em unidade de saúde da família do município de Parnaíba, Piauí. *Rev. bras. promoç. saúde*, 25(4).
- Nasri, F. (2008). O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 6 (supl.1), S4-S6.
- Nicolini, D. (2013) *Practice theory, work, and organization: an introduction*. Oxford University Press.
- Nogueira, A. L.G., Munari, D. B., Santos, L. F., Oliveira, L. M. de A. C., & Fortuna, C. M. (2013). Fatores terapêuticos identificados em um grupo de promoção da saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6).
- Oliveira, R. C. S., Scortegagna, P. A., & Oliveira, F. S. (2015). UNIVERSIDADE ABERTA PARA A TERCEIRA IDADE: o idoso como protagonista na extensão

universitária. In Oliveira R. d. C. d. S., & Scortegagna P. A. (Eds.). *EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: perspectivas e ações para a terceira idade*. (pp. 21-38). Ponta Grossa: Editora UEPG

Oliveira, R. G. de, Frota, N. M., Magalhães, S. R., & Barros, L. B. (2013). Oficinas educativas para promoção da saúde de idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 26(4).

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra. OMS 2015

Organização das Nações Unidas. (2016). População idosa mais do que dobrará até 2050: especialista da onu pede foco em direitos. Recuperado em 06 de junho, 2018, de: <https://nacoesunidas.org/populacao-idosa-mais-do-que-dobrara-ate-2050-especialista-da-onu-pede-foco-em-direitos/>.

Orlandi, B. D. M., & Pedro, W. J. A. (2014). Pessoas idosas e a busca por informações em saúde por meio da internet. *Kairós Gerontologia*, Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, 17(2), 279-293.

Parra, M. A. (2016). Articulación entre El trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: um desafio actual para La salud mental em el contexto de La atención primaria de La salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30-37. Recuperado em 06 de junho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04>.

Paula, de R. G., Souza, B. N. de, Santos, L. F., Barbosa, M. A., Brasil, V. V., & Oliveira, L. M. A. C. (2016). Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2).

Pavarini, S. C. I., Menciondo, M. S. Z. de, Barham, E. J., Varoto, V. A. G., & Filizola, C. L. A. (2005). A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? *Texto Contexto Enferm*, 14(3), 398-402.

Pereira, M. C. A., da Silva Santos, L. D. F., de Moura, T. N. B., Pereira, L. C. A., & Landim, M. B. P. (2016). Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(1), 124-131.

Pereira, T. T. S. O., Barros, M. N. dos S., & Augusto, M. C. N. de A. (2011). O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, 9(17), 523-536. Recuperado em 07 de abril, 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&tlng=pt).

Portal Saúde Curitiba. (2017). *NAAPS*. Secretaria Municipal da Saúde. Recuperado em 06 de junho, 2018, de [www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/promocao-da-saude/naaps](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/promocao-da-saude/naaps).

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). *Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Brasília*.

*Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. (2011) Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. Recuperado de 06 de junho, 2018, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

*Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. (2006). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. Brasília. Recuperado em 06 de junho, 2018, de [http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=536](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=536).

*Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. (2006) Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Brasília.

Resende, M. C. D., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*, (5).

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Baptista Lucio, M. P. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre: Penso.

Santos, M. I. P de O., Raymond, T. G., Chaves, E. C., & da Silva, M. C. P. (2017). Acessibilidade e acolhimento: estratégias potenciais para qualificação da assistência à saúde do idoso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 18(2), 42-51.



- Santos, S.S. dos (2013) Envelhecendo com apetite pela vida interlocuções psicossociais. In S. S. Santos & A. C. Carlos. (Eds.). *Sexualidade, uma inscrição sem ponto final* (pp. 31-52)
- Sato, A. T., Batista, M. P. P., & Almeida, M. H. M. de (2014). “Programas de estimulação da memória e funções cognitivas relacionadas”: opiniões e comportamentos dos idosos participantes. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1), 51-59.
- Sawaia, B. B. (2001). As artimanhas da exclusão análise psicossocial e ética da desigualdade social. In B. Sawaia (Ed.), *O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão*. (pp. 97-118). Petrópolis: Vozes.
- Shatzki, T. R. (2001). Introduction: practice theory. The practice turn in contemporary theory, 1-14.
- Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. do. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 101-122. Recuperado em 06 de junho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>.
- Silva, E. A. R. D., & Elali, G. A. (2015). O papel das praças para o envelhecimento ativo sob o ponto de vista dos especialistas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(2), 382-396.
- Silva, J. P. F., Inouye, K., Orlandi, F. de S., & Pavarini, S. C. L. (2014). Identidades, discursos e fronteiras (re) pensando envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(2), 599-607.
- Silva, T. R. da & Motta, R. F. (2015). A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 23(2), 17-25.
- Silveira, A. F. Cobalchini, C. C. B., Menz, D. M., Valle, G. A., & Barbarini, N. (2007). *Caderno de psicologia e políticas públicas*. Recuperado em 06 de junho, 2018, de [HTTP://www.portal.crppr.org.br/download/161.pdf](http://www.portal.crppr.org.br/download/161.pdf).
- Silveira, K. G. B., & Dias, M. S. D. L. (2016). As categorias da psicologia social comunitária como dispositivo para a construção das práticas no SUS. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 07-13.

- Skura, I., Velho, A. P. M., & Francisco, C. C. B. (2013). Mídias sociais digitais e a terceira idade: em busca de uma ferramenta para a promoção da saúde. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 16(4), 237-249.
- Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casado Psicólogo, 1997.
- Soares, D.H.P & Sarriera J. C. (2013). Envelhecendo com apetite pela vida Interloquções psicossociais. In S. S. Santos & A. C. Carlos. (Eds.). *O tempo livre na aposentadoria: uma experiência no aposent-ação*. (pp. 109-128). Petrópolis: Vozes
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2013). Produção de Sentido no Cotidiano. In Spink, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. Recuperado em 06 de junho, 2018, de [https://dl.dropboxusercontent.com/u/212663607/SPINK\\_Praticas\\_discursivas\\_e\\_producao\\_FINAL\\_CAPA\\_NOVAc.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/212663607/SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf).
- Toldrá, R. C., Cordone, R. G., Arruda, B. A., & Souto, A. C. F. (2014). Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. *Mundo Saúde*, 38(2), 159-68.
- Veras, R. (2011). Corpo, envelhecimento e felicidade. In Goldenberg. (Org.). *Novos desafios para o jovem país envelhecido*. (pp. 329-339). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Veras, R. P. (2012). Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46(6), 929-934.
- Vieira-Silva, M. (2015). Práticas em psicologia comunitária e processos de mobilização social: provocações para um debate. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(2), 292-300.
- Vygotsky, L. S. (1991). *Obras Escogidas I*. Madrid, Ministerio Educación Y Ciencia. Visor.
- Wichmann, F. M. A., Couto, A. N., Areosa, S. V. C., & Montañés, M. C. M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 821-832.

Willig, M. H., Lenardt, M. H., & Méier, M. J. (2012). A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 574-577.

## Apêndice A - Roteiro de Entrevista com profissional de saúde

### Roteiro de Entrevista com os profissionais de saúde

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: ( )F ( )M

Cargo: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo trabalha na instituição?
2. Muitos idosos costumam frequentar este lugar? Relate quais os principais motivos que trazem os idosos até a Unidade de Saúde.
3. Você tem conhecimento das práticas de saúde que são aplicadas para os idosos na Unidade de Saúde? Quais conhece, e como são praticados aqui?
4. Você considera estas práticas importantes? Você acha que geram resultados? Por quê?
5. Relate quais as maiores dificuldades que você percebe que os idosos enfrentam.
6. Você teria mais alguma sugestão para implementações de práticas relacionadas aos idosos?

## Apêndice B- Roteiro de Entrevista com os idosos

### Roteiro de Entrevistas com os idosos

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: ( )F ( )M

Nível de Escolaridade: \_\_\_\_\_

1. Quais os motivos que te levam a procurar a Unidade de Saúde?
2. Para chegar até a Unidade de Saúde, qual é o meio de locomoção? Quais os obstáculos (dificuldades) que observa durante o trajeto?
3. Há quanto tempo frequenta esta Unidade de Saúde?
4. Com que frequência (diariamente, semanalmente, mensalmente) você vem a Unidade de Saúde?
5. Como você considera a realização do atendimento? Poderia descrever os pontos positivos e negativos durante o atendimento?
6. No seu ponto de vista, suas necessidades são atendidas quando você vem aqui?
7. Você conhece as práticas que são desenvolvidas relacionadas ao envelhecimento?
8. Após o atendimento você segue as recomendações que o profissional de saúde fornece a você?
9. Relate quais as maiores dificuldades em relação à área de saúde para você.
10. Poderia sugerir novas práticas relacionadas ao envelhecimento que auxiliassem a ter uma vida autônoma e mais ativa?

## Apêndice C – Carta de Autorização da Instituição

### Declaração de Infraestrutura e Autorização Para o Uso da Mesma

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Declaro, conforme a Resolução CNS 466/2012 a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada, “**Estudo das práticas desenvolvidas na Unidade de Saúde em relação ao envelhecimento em uma região da cidade de Curitiba.**”, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) **Pâmela StafinDambrosi Felizardo**, com orientação da Professora Doutora Denise de Camargo que a área de Unidade de Saúde – Dom Bosco, conta com toda a infraestrutura necessária para a realização e que o(s) pesquisador(es) acima citado(s) está(ão) autorizado(s) a utilizá-la, tão logo o projeto seja aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná.

De acordo e ciente,

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Responsável pela área onde será realizada a pesquisa (nome, assinatura, CPF e carimbo Instituição onde será realizada a pesquisa.)

---

**Obs: Comitê de Ética da Prefeitura solicita primeiramente a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da UTP. Dúvidas falar com Thais pelo fone: 3360-4961. (Tal acordo já foi mencionado anteriormente em outros Projetos encaminhados a Prefeitura.)**

## **Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais da Área de Saúde)**

Eu, Pâmela StafinDambrosi Felizardo, da Universidade Tuiuti do Paraná, estou convidando você, a participar de um estudo intitulado **“Estudo das práticas desenvolvidas na Unidade de Saúde em relação ao envelhecimento em uma região da cidade de Curitiba.”**. Este estudo é importante para analisar o conhecimento que se tem das práticas e de que forma são aplicadas atualmente na Unidade de Saúde.

a) O objetivo desta pesquisa é conhecer, através de relatos dos profissionais de saúde e dos beneficiados (pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos), como as práticas são aplicadas e desenvolvidas na Unidade de Saúde para pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que participe de entrevistas semiestruturadas audiogravadas, relatando as práticas que conhece em relação ao envelhecimento na Unidade de Saúde em que trabalha e de que maneira as desenvolve no atendimento com pessoas idosas. Estas entrevistas serão transcritas para análise para que possa contribuir para o presente trabalho e para comunidade, pois é através dos relatos de quem trabalha diariamente com esta população, que consegue analisar a real necessidade.

c) Para tanto, você deverá comparecer à Unidade de Saúde Dom Bosco para participar da entrevista, o que levará aproximadamente uma hora.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a relatar de que maneira as práticas são desenvolvidas nesta Unidade de Saúde.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento pela solicitação de permissão para utilizar o áudio gravador durante a entrevista.

f) O benefício esperado com essa pesquisa é poder identificar como as práticas são divulgadas a população e de como na realidade elas são aplicadas, podendo contribuir com sugestões de melhorias. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) A pesquisadora Pâmela S. D. Felizardo, responsável por este estudo é discente do Mestrado de Psicologia Social Comunitária e poderá ser localizados na Universidade Tuiuti do Paraná, às segundas-feiras e terças-feiras no horário das 9 horas até as 14 horas ou pelo telefone 41 8806-2429 e/ou e-mail: [pamelastafin@hotmail.com](mailto:pamelastafin@hotmail.com) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, a Professora Doutora Denise de Camargo, orientadora deste projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido, áudios gravados, será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término da transcrição.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.



l) Você terá a garantia de que problemas como possíveis constrangimentos e ou incômodo em algum item abordado decorrentes do estudo serão tratados na Clínica de Psicologia da UTP, de forma gratuita.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 238 Sala 328 Bloco C. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

---

[Nome e Assinatura do Pesquisador]

### **Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Idoso)**

Eu Pâmela StafinDambrosi Felizardo, da Universidade Tuiuti do Paraná, estou convidando você, a participar de um estudo intitulado “**Estudo das práticas desenvolvidas na Unidade de Saúde em relação ao envelhecimento em uma região da cidade de Curitiba.**”. Este estudo é importante para analisar o conhecimento que se tem das práticas e de que forma são aplicadas atualmente na Unidade de Saúde.

a) O objetivo desta pesquisa é conhecer, através de relatos dos profissionais de saúde e dos beneficiados (pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos) como as práticas são aplicadas e desenvolvidas na Unidade de Saúde para pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que participe de entrevistas semiestruturada audiogravada, relatando as práticas que conhece em relação ao envelhecimento na Unidade de Saúde que frequenta e de que maneira são desenvolvidas no atendimento. Estas entrevistas serão transcritas para análise para que possa contribuir para o presente trabalho e para comunidade, pois é através dos relatos de quem utiliza a Unidade de Saúde que consegue analisar a real necessidade.

c) Para tanto, você deverá comparecer à Unidade de Saúde Dom Bosco para participar da entrevista, o que levará aproximadamente uma hora.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a relatar o itinerário que faz para chegar até a Unidade de Saúde e relatar como as práticas são desenvolvidas nesta Unidade de Saúde.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento pela solicitação de permissão para utilizar o áudio gravador durante a entrevista, e relatos das possíveis dificuldades que encontra em um atendimento.

f) O benefício esperado com essa pesquisa é poder identificar como as práticas são divulgadas a população e de como na realidade elas são aplicadas, podendo contribuir com sugestões de melhorias. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) A pesquisadora Pâmela S. D. Felizardo, responsável por este estudo é discente do Mestrado de Psicologia Social Comunitária e poderá ser localizados na Universidade Tuiuti do Paraná, as segunda-feira e terça-feira no horário das 9 horas da manhã até as 14 horas ou pelo telefone 41 8806-2429 e/ou e-mail: pamelastafin@hotmail.com. para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, a Professora Doutora Denise de Camargo, orientadora deste projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido, áudios gravados, será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término da transcrição.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Você terá a garantia de que problemas como possíveis constrangimentos e ou incômodo em algum item abordado decorrentes do estudo serão tratados na Clínica de Psicologia da UTP, de forma gratuita.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 238 Sala 328 Bloco C. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

---

[Nome e Assinatura do Pesquisador]