

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René Rachou**  
**Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**O Serviço Público de Saúde no Município de Bambuí, Minas Gerais:  
a Visão do Usuário Idoso**

**por**

**Ana Carolina Diniz Oliveira**

Belo Horizonte

Fevereiro/2012

**Dissertação MSC CPqRR A. C. D. OLIVEIRA 2012**

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**O Serviço Público de Saúde do Município de Bambuí, Minas Gerais:  
A Visão do Usuário Idoso**

**por**

**Ana Carolina Diniz Oliveira**

**Dissertação apresentada com vistas à obtenção do  
Título de Mestre em Ciências na área de  
concentração em Saúde Coletiva.**

**Orientação: Josélia Oliveira Araujo Firmo**

**Coorientação: Karla Cristina Giacomini**

Belo Horizonte

Fevereiro/2012

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do CPqRR

Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

O148s

Oliveira, Ana Carolina Diniz.

2012

O Serviço Público de Saúde do Município de Bambuí,  
Minas Gerais: a Visão do Usuário Idoso / Ana Carolina  
Diniz Oliveira. – Belo Horizonte, 2012.

xiv, 75 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 79 - 89

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do  
título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós -  
Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas  
René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Saúde do Idoso 2. Serviços de Saúde para  
Idosos/utilização 3. Antropologia Médica/tendências I.  
Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araujo (Orientação). III.  
Giacomin, Karla Cristina (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**O Serviço Público de Saúde do Município de Bambuí, Minas Gerais:  
A Visão do Usuário Idoso**

**por**

**Ana Carolina Diniz Oliveira**

**Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:**

**Prof. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo (Presidente)**

**Prof. Dra. Sônia Maria Soares**

**Prof. Dra. Divane Leite Matos**

**Suplente: Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho**

**Dissertação defendida e aprovada em: 29/02/2012**

"É preciso uma abordagem onde o médico tenta entrar no mundo do paciente de forma a ver a doença através dos olhos do paciente" (*McWhinney; 1985*).

Dedico este trabalho a meu pai Celso, meu exemplo de bom profissional médico, ética, dedicação, seriedade, perseverança e inteligência. À minha mãe, Antonieta, exemplo de paciência, amor, dedicação, carinho e perdão; aos meus irmãos, Flávio e Raquel, pela paciência, incentivo e apoio ao longo da nossa caminhada. À Tia Célia e à prima Mariângela por sempre me apoiarem e incentivarem nas horas fáceis e difíceis. Aos meus avós, *in memoriam*, que estão sempre no meu coração e nas minhas lembranças de amor, carinho e exemplo de vida.

Aos meus pacientes, razão da minha escolha profissional.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo.

À minha família por sempre me apoiar e me ajudar a crescer e melhorar a cada dia.

Aos meus amigos por estarem ao meu lado, de longe ou de perto, nas horas boas e ruins, me apoiando e me chamando a atenção, dividindo alegrias, tristezas, compartilhando vivências e situações da vida. Aos queridos amigos, André Fernandes e Delmo Bueno, ambos *in memoriam*. Tenho certeza que, onde quer que vocês estejam, estão torcendo por mim e por minha felicidade. Ao Maurício, Kátia, Gláucia Batista e Cibelys, pelo apoio e amizade. Ao amigo Helvécio Miranda Magalhães pelos ensinamentos, e por sempre me apoiar e me incentivar no meu crescimento profissional.

Aos amigos que fiz durante meu Intercâmbio na Universidad Nacional de Tucumán (UNT), na cidade de San Miguel de Tucumán, Argentina, e nas viagens que fiz ao longo de minha vida, que, de alguma forma, contribuíram para meu crescimento e com quem dividi momentos de alegria.

À minha orientadora, Josélia, e minha co-orientadora, Karla Giacomini, pela convivência e ensinamentos ao longo destes dois anos. Aos colegas, pela acolhida fraterna e apoio: Aduino, Josiane, Jussara, Kelly, Gustavo e Wagner, em especial, pela amizade.

À biblioteca do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR), por prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, na pessoa do Secretário Municipal de Saúde, Dr. Marcelo Gouvêa Teixeira, e sua Equipe de Gabinete, assim como à todos os funcionários da gestão e da assistência. Sem este apoio eu não teria chegado até aqui. Em especial, à Gerência de Assistência (GEAS), na pessoa de Maria Luisa Tostes. À Coordenação da Atenção à Mulher, à qual faço parte, na pessoa de Virgílio Queiroz, agradeço a todos meus colegas. Ao Centro de Educação em Saúde, representados pela atual gerente, Denise Viana Amador. Aos trabalhadores do distrito Barreiro, em especial os colegas e amigos do Centro de Saúde Tirol e seus usuários. Com certeza, este foi um lugar muito importante na minha vida profissional, pois me proporcionou um aprendizado ímpar. Isso fez toda a diferença no meu olhar sobre a Atenção Primária, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a

Saúde da Família. Aos demais colegas e amigos que fiz nestes meus quase oito anos de prefeitura.

Ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), nas pessoas do Dr. Edison Corrêa, Rizoneide, Soraya Belisário e Celina, a quem agradeço pelos ensinamentos e convivência.

Aos colegas e amigos da Medicina da Família e Comunidade que fiz em Minas Gerais, Brasil e pelo mundo.

Aos amigos e colegas da Junta de Extremadura, na Espanha, em especial José Maria Vergeles Blanco e toda a sua equipe, por confiar em mim e me proporcionar um estágio fabuloso e enriquecedor, tanto na gestão do sistema de saúde e suas coordenações, como na assistência à saúde. Aos amigos e colegas do Centro de Saúde “El Progreso”, nas pessoas de Lola e Ignacio Maynar.

Aos amigos do VIDEOMED e da Telemedicina Espanha, Cláudio Pelaez e de Portugal, Maria José Branquinho e Luis Gonçalves.

À Associação Mineira de Saúde Coletiva (AMEP), em especial ao César Vieira, Jorge, Cida, Luciano e Salime, por partilhar saberes, trocar experiências em equipe multidisciplinar e articular os vários setores. Com isso, foi possível construir uma gestão parceira de várias instituições, trabalhadores, gestores e políticos, fomentando a reflexão e contribuindo para a melhoria do Sistema de Saúde.

Aos idosos de Bambuí, por quem tenho um grande respeito e carinho, que me deram a satisfação de conhecê-los melhor por meio de suas falas e histórias de vida que proporcionaram a realização desta pesquisa. Agradeço aos trabalhadores e gestores da Prefeitura Municipal de Bambuí, espero poder contribuir na melhoria do SUS, para que o mesmo seja mais justo, acessível, com mais equidade e resolutividade tanto nessa cidade, quanto em todo Brasil.



## **SUPORTE FINANCEIRO**

Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)

Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR)- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ MINAS)

LISTA DE ABREVIATURAS.....	XI
RESUMO .....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 JUSTIFICATIVA .....	23
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 OBJETIVO GERAL.....	26
3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
4 REVISÃO DE LITERATURA .....	27
4.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO .....	28
4.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS.....	30
4.3 A DIMENSÃO FUNCIONAL DA SAÚDE.....	32
4.4 A DIMENSÃO SOCIOCULTURAL DA SAÚDE.....	34
5 PERCURSO METODOLÓGICO .....	36
5.1 LOCAL DE ESTUDO.....	37
5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	38
5.3 COLETA DE DADOS .....	38
5.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	39
5.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	40
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	41
6.1 A PERCEPÇÃO DA SAÚDE E DO PROCESSO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL.....	42
6.2 A PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	48
6.2.1 AS FACILIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	54
6.2.2 AS DIFICULDADES ESTRUTURAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE .....	56
7 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
7.1 CONCLUSÃO.....	69
7.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71
8 ANEXOS.....	73
8.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	74
8.2 CODIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BAMBUÍ.....	75
8.3 CARTA DE APROVAÇÃO N.º 2/2010 - CEP/CPQRR .....	78
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

AMS - Assembleia Mundial de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

CIDID - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

ESF<sup>1</sup> - Estratégia da Saúde da Família

ESF<sup>2</sup> - Equipe de Saúde da Família

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

MFC - Médico de Família e Comunidade

MG - Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

POLICLÍNICA/ UPA - Unidade de Pronto-atendimento de Urgência

PSF - Programa de Saúde da Família

SES-MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SRS - Superintendência Regional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO - World Health Organization

## RESUMO

A velocidade do processo de envelhecimento e de transição demográfica e epidemiológica brasileira introduz questões cruciais tanto para os gestores, trabalhadores e pesquisadores contemporâneos dos sistemas de saúde quanto para a sociedade como um todo. Dado o contexto nacional de acentuada desigualdade social, de pobreza e de fragilidade das instituições, esta conjuntura exige do sistema de saúde ações equitativas que favoreçam o acesso dos idosos ao cuidado e aos serviços de saúde primários. Estas ações devem visar à redução dos riscos de adoecimento e aumentar as possibilidades dos idosos participarem mais e melhor do cuidado de sua saúde e do controle de suas doenças, reduzindo-se, assim, o risco de complicações e de incapacidades. Este estudo foi realizado no município de Bambuí, situado no Centro-Oeste do Estado de Minas Gerais. Para a escolha dos entrevistados considerou-se o gênero, a idade, o nível funcional e o território. Foi utilizado o critério de saturação para regular o tamanho da amostra. O modelo dos signos, significados e ações foi utilizado na coleta e análise dos dados. Foram entrevistados cinquenta e sete idosos, sendo vinte e sete homens e trinta mulheres, selecionados nos seis territórios das Equipes de Saúde da Família (ESF). Os idosos reconhecem facilidades e dificuldades nos serviços de saúde e valorizam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, fica claro que no âmbito do SUS, que apesar da criação da Estratégia de Saúde da Família, pela análise dos relatos dos usuários idosos, não se observou ainda mudança do modelo de atenção à saúde nem a inclusão da capacidade funcional como balizadora das ações dos serviços. Da mesma forma, não se percebeu um forte vínculo dos idosos com as ESFs, assim como, não se observou planejamento pelas mesmas de ações de saúde específicas para este público. Estes achados denotam o despreparo e a fragilidade do sistema de saúde para atuar junto do idoso e de suas famílias na área estudada. É importante dar voz aos idosos que utilizam os serviços e mostrar aos trabalhadores e gestores como o outro lado do sistema – a pessoa que é cuidada – tantas vezes ignorado e desconhecido, percebe e avalia o que lhe é oferecido ou negado. Isto representa uma etapa a mais no fortalecimento do SUS, por meio da busca pelo direito integral à saúde e à dignidade durante todos os ciclos de vida dos cidadãos brasileiros.

## ABSTRACT

The speed of aging and the demographic and epidemiological transition in Brazil introduces key issues for both managers, workers and researchers of contemporary health systems, and for society as a whole. Given the national context of marked social inequality, poverty and weak institutions, this situation requires the health system actions that promote equitable access for elderly care and primary health services. These actions should aim to reduce the risks of illness and increase the chances of older people participate more and better care of your health and control of their disease, reducing thus the risk of complications and disability. This study was conducted in the municipality of Bambuí, situated in the Midwestern state of Minas Gerais. For the choice of respondents considered the gender, age, functional level and territory. The criterion of saturation to adjust the size of the sample. The pattern of signs, meanings and actions was used to collect and analyze data. We interviewed fifty-seven elderly, twenty-seven men and thirty women were selected in six territories of the Family Health Teams (FHT). They also recognize the strengths and difficulties in the health services and value creation of the Unified Health System (SUS). However, it is clear that within the SUS, which despite the creation of the Family Health Strategy, the analysis of reports from elderly users, there was no further change in the model of health care or the inclusion of functional capacity as the balizadora shares of services. Likewise, did not realize a strong bond with the ESFs of the elderly, as well as there was no planning for the same health actions specific to this audience. These findings denote the unpreparedness and the fragility of the health system to work with the elderly and their families in the area. It is important to give voice to older people who use services and show how workers and managers across the system – the person who is cared for – so often overlooked and unknown, perceives and evaluates what is offered or denied. This represents one more step in strengthening the SUS, through the pursuit of full rights to health and dignity for all cycles of life of citizens.

## **1 INTRODUÇÃO**

Desde a última metade do século XX, o mundo assiste a dois fenômenos com grandes repercussões sociais e econômicas: o envelhecimento populacional e as transformações no formato e nos princípios dos sistemas de saúde (OPAS, 2009).

O primeiro fenômeno, o envelhecimento populacional, é definido pela mudança na estrutura etária da população, com o aumento do peso relativo das pessoas com idade acima da considerada como definidora do início da velhice – no caso dos países em desenvolvimento como o Brasil, considera-se idoso o indivíduo de 60 anos ou mais (Carvalho; Garcia, 2003).

Este fenômeno de amplitude mundial deverá prosseguir no século XXI, alcançando em 2050, segundo projeções da OMS (2005), dois bilhões de pessoas idosas em todo o mundo. Será a primeira vez na história em que haverá mais pessoas maiores de 60 anos do que menores de 15 anos (Lebrão; Duarte, 2003). Se, a princípio, esse envelhecimento foi mais notável entre os países desenvolvidos, recentemente ele surge como um grande desafio para os países em desenvolvimento, uma vez que, num futuro próximo, 80% do contingente de idosos do mundo estarão nesses países (OMS, 2005). Isto significa que, em 30 anos, o Brasil terá 23,6% de sua população constituída por adultos maiores de 60 anos, tornando-se um dos cinco países do mundo com mais de 50 milhões de idosos (Paskulin; Vianna, 2007).

Simultaneamente a esta transição demográfica, em menos de 40 anos, o país experimentará também uma transição de morbimortalidade de uma população jovem e caminhará para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos e exigem cuidados constantes. Apesar de os grandes centros populacionais brasileiros estarem com perfis demográficos semelhantes aos dos países desenvolvidos, nossas cidades ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que dêem conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes (Veras; Parahyba, 2007; Gordilho et al., 2000).



O segundo fenômeno, a (re)formulação dos sistemas de saúde, inicia-se de maneira dispersa em várias regiões do mundo, com a realização de eventos capitaneados por organismos internacionais. Em 1977, a 30ª AMS estabeleceu como principal meta social dos governos participantes que se alcançasse “Saúde para Todos no Ano 2000”. Um ano depois, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS e pelo UNICEF, proclamou a Declaração de Alma-Ata, em que 134 países, inclusive o Brasil, reconheceram a saúde como um direito humano fundamental. O mesmo documento define a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, devendo ser considerado também o contexto cultural em que vive o indivíduo, que faz parte de um núcleo familiar inserido em uma comunidade. A APS fica, a partir daí, definida como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo, influenciando e sofrendo a influência das condições econômicas e das características políticas e socioculturais do país (OMS, 1978). De acordo com o Relatório de Alma-Ata:

[...] a acessibilidade implica a prestação contínua e organizada de serviços a que toda a comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional. Por acessibilidade geográfica entende-se uma distância, o tempo necessário para cobri-la e meios de transporte aceitáveis para a população. Por acessibilidade financeira entende-se que, sejam quais forem as formas de pagamento adotadas, o custo dos serviços está ao alcance da comunidade e do país. Por acessibilidade cultural entende-se que os métodos técnicos e administrativos utilizados estão em consonância com os padrões culturais da comunidade. Por acessibilidade funcional entende-se a disponibilidade contínua de serviços apropriados a quem deles necessitar, sempre que necessitar, e proporcionados pela equipe de saúde indicada para a sua adequada prestação. A acessibilidade dos cuidados primários de saúde deve ser mensurada não só pelo seu aproveitamento ao nível comunitário como também pela medida em que podem ser resolvidos problemas mais complexos e pelo número de pacientes que requer tratamento mais especializado por parte dos outros níveis do sistema de saúde. Portanto, quando proporcionam acesso integral e universal, os cuidados primários de saúde contribuem para assegurar a utilização racional de todo o sistema de saúde (OMS, 1978, p.44-45).

Neste trabalho foi utilizado o conceito de acessibilidade da OMS (1978).

Em 1984, a OMS orientou os países a promoverem a regionalização dos serviços com o objetivo de aumentar sua capacidade resolutiva, levando a tomada de decisões para o nível local, estendendo a cobertura com equidade e eficiência, ampliando a capacidade de resposta aos problemas de saúde comunitários por meio de intervenções adequadas às características

socioculturais da população, favorecendo, dessa forma, uma melhor participação do usuário e da comunidade na tomada de decisões (WHO, 1984; OMS, 1978).

Para Starfield (2002), os quatro atributos da APS são: a atenção ao primeiro contato ou porta de entrada; a longitudinalidade; a integralidade e a coordenação do cuidado.

O primeiro atributo, a porta de entrada ou atenção ao primeiro contato, implica a garantia de acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independentemente do que o estabelecimento de saúde defina ou perceba como acessibilidade, ele somente oferece atenção ao primeiro contato se os seus usuários em potencial perceberem-no como acessível e isto estará refletido na sua utilização (Starfield, 2002).

Uma vez acolhido na porta de entrada, o serviço deve assegurar a longitudinalidade do cuidado, o que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar na sua população adscrita os seus os indivíduos para que os mesmos devam receber seu atendimento: na unidade ou fora dela, seja no domicílio do usuário ou ainda ser encaminhado para outro serviço. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção se estabelece por fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (Starfield, 2002).

O terceiro atributo, a Integralidade, implica que as unidades de atenção primária devam fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde de que necessitarem, ainda que alguns possam não acontecer dentro delas. Pode ser necessário o encaminhamento para serviços secundários para consultas, para serviços terciários para o manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem como as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos, de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas bem como problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades (Starfield, 2002).

Finalmente, o quarto atributo é a coordenação do cuidado, a qual requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Por exemplo, o profissional deve acompanhar o estado de problemas observados em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais e avaliá-lo nas consultas subsequentes. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção (Starfield, 2002).

Isso deixa claro que para ser eficiente a APS necessita de arranjos por vezes complexos e do comprometimento da equipe de cuidado e da gestão dos serviços, bem como do usuário e da comunidade que devem participar e opinar sobre suas demandas e anseios.

Além disso, a organização de serviços será influenciada pelo contexto sociocultural e pelo perfil sociodemográfico da população assistida, pois as necessidades de uma população jovem serão diferentes daquelas de uma população envelhecida.

Dessa forma, neste ponto, observa-se que o envelhecimento populacional e a organização do sistema de saúde se veem interligados, uma vez que o primeiro repercute diretamente sobre o segundo, mesmo em países cujos sistemas permaneceram estáveis por décadas (Inglaterra, França, Itália, Espanha, Noruega, Finlândia, Suécia). Envelhecer introduz mudanças nos sistemas de saúde em termos de ampliação da necessidade de assistência aos idosos e doentes crônicos. Para isso, são necessárias melhorias no diagnóstico, tratamento e manejo das doenças, já que diagnóstico e intervenção tardios podem onerar o sistema de saúde e dificultar a missão dos gestores e dos trabalhadores de garantir cuidado de qualidade longitudinal ao cidadão (Giacomin, 2008; Starfield, 2002).

Fazendo eco ao panorama mundial, o Brasil também tem sofrido profundas transformações demográficas, políticas e sociais com aumento da expectativa média de vida e suas repercussões diretas na saúde pública.

Nos últimos 30 anos, observou-se um processo intenso e acelerado de envelhecimento da população brasileira, cujo impacto deverá ser sentido com maior força no futuro, mas já interfere na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde (Piccini et al., 2006; Bós; Bós, 2004). O país também testemunhou a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, o qual tem como princípios básicos a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade na área da saúde, diretrizes assumidas na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1984; 1978). Embora a Constituição brasileira reconheça a saúde como direito e estabeleça que o SUS deva realizar atenção integral à saúde de todos os brasileiros (Brasil, 1988), o envelhecimento populacional desafia o país na garantia deste direito a cidadãos de todas as idades e na organização do sistema público de saúde, no sentido de instituir as condições adequadas para promover o envelhecimento ativo e para atender o idoso, que demanda cuidados crônicos (Brasil, 2007; Lima-Costa et al., 2003).

Assim, pode-se supor que, no século XXI, o maior desafio da saúde pública brasileira será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (Ramos, 2003; Lima-Costa; Veras, 2003).

A velocidade do processo de envelhecimento e de transição epidemiológica brasileira introduz questões cruciais, tanto para os gestores, trabalhadores e pesquisadores contemporâneos dos sistemas de saúde, quanto para a sociedade como um todo (Lima-Costa e Veras, 2003).

O país envelhece em um contexto nacional de acentuada desigualdade social, de pobreza e de fragilidade das instituições. Isso exige do sistema de saúde que implemente ações equitativas que favoreçam o acesso dos idosos ao cuidado e aos serviços de saúde primários; reduzam os riscos de adoecimento dos cidadãos e aumentem suas possibilidades de participar mais do cuidado de sua saúde com melhor controle de suas doenças e com menores riscos de complicações e de incapacidades (Giacomin, 2008; Veras, 2007; Lima-Costa e Veras, 2003; Uchôa, 2003).

Em um contexto de envelhecimento populacional, é justamente o risco de aumento do contingente de pessoas com incapacidades a maior apreensão para os gestores e para a população que envelhece (Giacomin, 2008). No entanto, a dimensão funcional da saúde da pessoa idosa ainda é muito recente e pouco compreendida pelos serviços de saúde. Por exemplo, até o presente momento, o SUS tem-se preocupado com o monitoramento de

doenças e de condições crônicas, mas não inclui nenhum indicador de capacidade funcional entre os desfechos que precisam ser monitorados na saúde da população idosa.

Outra necessidade ainda pouco explorada nos serviços de saúde e que pode contribuir para a melhoria do cuidado à saúde da pessoa idosa é a de conhecer o seu componente sociocultural. Como as pessoas envelhecem e como atribuem significado a este período de suas vidas? Como integram o envelhecimento à sua experiência? Quais são os seus problemas de saúde e quais elas definem como prioritários? A obtenção dessas informações pode contribuir sobremaneira para que se melhorem as políticas públicas destinadas a esta população e às suas necessidades (Berquó, 1999 *apud* Uchôa, 2003).

Além disso, a influência desse universo social e cultural pode determinar comportamentos de prevenção ou de risco e interferir na maneira com que o cidadão utiliza os serviços de saúde. Essas informações culturais têm sido cada vez mais consideradas nas intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde, rompendo com uma tradição que privilegiava apenas o diagnóstico biomédico (Uchôa; Vidal, 1994).

Os comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde e a utilização dos serviços médicos disponíveis são construídos a partir desses universos socioculturais específicos. Os serviços de saúde podem ser considerados como um espaço onde as representações se (re)produzem. As interações entre usuários e serviços proporcionam uma melhor compreensão do que representa a doença e/ ou o tratamento para os mesmos (Deslandes; Gomes, 2004), bem como um reforço da ideia de que os programas de educação e planejamento em saúde devem ser baseados no conhecimento dessas formas características de pensar e agir predominantes nas populações junto às quais se pretende intervir. Portanto, pode-se perceber que a maneira como o indivíduo vive a doença não é considerada simplesmente um processo patológico (no sentido biomédico do termo), mas sim uma construção cultural, expressa em maneiras de pensar e agir que determinam as estratégias para lidar com o problema.

Diante do contexto apresentado, o presente trabalho pretende:

- a) Identificar a percepção do usuário idoso sobre sua saúde de acordo com seus fatores individuais (gênero, meio sociocultural, atitudes e estratégias de enfrentamento), seus determinantes (fatores predisponentes, condições de saúde), caso exista ou não algum tipo de incapacidade e os recursos disponíveis (humanos, técnicos e de serviços) no serviço de saúde na cidade de Bambuí;

- b) Conhecer como o indivíduo idoso percebe o serviço de saúde, de acordo com suas crenças e cultura: o que ele procura e espera do mesmo quando necessita de atendimento; se o mesmo é resolutivo em relação a suas demandas e expectativas; e se ele conhece e confia no serviço de saúde, ou utiliza outros recursos privados de forma alternativa.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Em nosso país, ainda há poucos estudos que abordam a maneira como as pessoas idosas percebem seus problemas de saúde, como agem diante deles, quais são os fatores (econômicos, sociais e culturais) que podem influenciar as percepções e ações nesse campo e como eventuais limitações e perdas (frequentes nessa fase da vida) são integradas à experiência de vida de pessoas nessa faixa etária. Essa dimensão pessoal da vivência da velhice reflete-se em uma dimensão social, uma vez que o envelhecimento afeta as políticas sociais. Se, por um lado, os transtornos da velhice podem ou não ser considerados pelas pessoas como “doenças”, por outro, servem para dimensionar o tamanho dos problemas a serem enfrentados pelo sistema de saúde nas esferas da prevenção, tratamento e cuidado (Minayo, Coimbra Junior, 2002).

Essas duas dimensões da saúde da pessoa idosa – o componente sociocultural e a condição funcional – são o objeto do presente trabalho. Como a pessoa idosa percebe seus problemas de saúde, entre os quais, a incapacidade? Como procura resolvê-los? Quais dificuldades ela encontra nesse percurso? Como experimenta e percebe o serviço de saúde que lhe é oferecido, especialmente no escopo da APS? Essas são as indagações desta pesquisa cujas respostas poderão fornecer novos parâmetros que permitirão aos planejadores, gestores e trabalhadores da saúde pública uma atuação qualificada junto à parcela idosa de seu território.

Considera-se de suma importância que gestões e trabalhadores tenham noções dessas dimensões ao se elaborar estratégias que aprimorem o cuidado aos idosos na APS. É fundamental que as pessoas envolvidas com o Serviço público de Saúde conheçam a percepção dos usuários idosos em relação aos seus processos de saúde, doença e incapacidade e de suas inter-relações, bem como os modos de pensar e agir da pessoa quando procura, evita, respeita, refuta ou aceita o cuidado ofertado nos serviços de saúde.

A intenção desse estudo é colaborar para a elaboração e aprimoramento de políticas públicas para que as mesmas sejam adequadas à realidade dos idosos e garantam a melhoria da abordagem realizada pelos gestores e profissionais. Com isso, através do fortalecimento dos atributos da APS, seja possível realizar um atendimento de qualidade, centrado nas necessidades da pessoa, considerando seu contexto sócio-econômico-cultural e familiar, bem como as crenças e valores de sua comunidade.



### **3 OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Compreender a percepção do usuário idoso em relação ao serviço público de saúde da cidade de Bambuí - MG.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as demandas do idoso em relação ao serviço de saúde;
- Conhecer o que o idoso espera do serviço de saúde em relação ao atendimento da Equipe de Saúde da Família.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

#### 4.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

A cada ano, mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Segundo as projeções das Nações Unidas, entre 2000 e 2050, a população idosa brasileira passará de 7,8% para 23,6% da população total, enquanto a jovem passará de 28,6% para 17,2%, e a adulta de 66,0% para 64,4%, o que significa que se intensificará o envelhecimento demográfico brasileiro (Giacomin, 2008; Lima-Costa; Veras, 2003).

O número de idosos no país passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e quatorze milhões em 2002 (um aumento de quase 400% em quarenta anos). A mais expressiva variação demográfica na população brasileira ocorre entre os idosos e os muito idosos, com taxas médias de crescimento de 3,2% e de 4% ao ano, respectivamente, nos últimos vinte anos. Até 2030/ 2040 a população idosa deve crescer, e, a partir desse momento, as novas gerações nascidas sob os baixos níveis de fecundidade começarão a se incorporar ao grupo e a determinar a trajetória do mesmo, resultando em um crescimento negativo da população (Wong; Carvalho, 2006; Lima-Costa; Veras, 2003).

Além disso, nos últimos cinquenta anos, a esperança de vida ao nascer do brasileiro apresentou ganhos de aproximadamente trinta anos: em 1940, ela era de 45,5 anos; em 2008 atingiu 72,8 anos; e, em 2050, deve alcançar 81,3 anos (IBGE, 2009). Em 2050, ainda de acordo com as projeções do IBGE, o país terá uma população de cerca de cinquenta milhões de idosos, dos quais cerca de doze milhões serão portadores de incapacidades (Wong; Carvalho, 2006). Sendo assim, dada a magnitude da mudança e do tipo de problema que isso irá acarretar, conclui-se que não basta reduzir a mortalidade; é necessário também melhorar a qualidade de vida e de saúde para os atuais e futuros adultos e idosos brasileiros.

Vale lembrar que, em nosso país, as transições demográficas e epidemiológicas acontecem em um contexto de significativa desigualdade social. As análises dos resultados das três últimas edições da PNAD (1998, 2003, 2008), realizadas por Bezerra et al. (2011); Barros et al. (2011); Alves, Leite e Machado (2008); Lima-Costa, Matos e Caramano (2006); e Lima-Costa et al. (2003), constataram que os indivíduos, adultos e idosos, no estrato mais baixo de renda são os que apresentaram as piores condições de saúde, o pior desempenho quando considerada a função física e o menor uso de serviços de saúde. Além disso, usualmente:

- os idosos mais pobres são os que têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo quando a cobertura desses serviços é considerada adequada (Gornick et al., 1996 *apud* Lima-Costa et al., 2003);

- os menos favorecidos procuram menos os serviços de saúde e têm menor acesso aos medicamentos, o que reflete diretamente nas condições de saúde do indivíduo, comprometendo a capacidade funcional, aumentando as chances de classificarem a própria saúde como ruim e de apresentarem maior necessidade de serem assistidos pelo sistema de saúde (Lima-Costa et al., 2003);

- o risco de uma pessoa idosa pobre envelhecer com incapacidades é maior do que o de uma pessoa acima do limiar da pobreza (Parahyba; Simões, 2006);

- pode haver prejuízo para o vínculo do usuário nessas condições com o serviço, sua adesão ao tratamento e obviamente a qualidade do cuidado em saúde (Alves; Rodrigues; 2005; Ramos, 2003).

Conseqüentemente, é razoável supor que a saúde do idoso de família de baixa renda também seja desproporcionalmente prejudicada pelo pouco recurso familiar e pelas deficiências do sistema público de atendimento (Lima-Costa; Matos; Camarano, 2006; Bós; Bós, 2004; Lima-Costa et al., 2003).

Ademais, é importante reconhecer que a percepção da própria saúde é um indicador importante para avaliar o estado de saúde dos idosos e para predizer a sobrevivência dessa população (Helmer et al., 1999; Korten et al., 1999 *apud* Lima-Costa; Barreto; Giatti, 2003) e que, no caso da população idosa, o cuidado com a saúde deve ir além do cuidado dispensado às condições crônicas e seus agravos. No que tange à população idosa, portanto, ao se considerar a saúde de forma integral, faz-se necessário: incluir a capacidade funcional como uma dimensão fundamental para a saúde do indivíduo idoso (Louvison et al., 2008; Alves; Rodrigues, 2005; Ramos, 2003); e garantir a oferta de serviços de saúde eficientes e adequados à condição funcional da pessoa idosa (Piccini et al., 2006), acessíveis (do ponto de vista da acessibilidade) e disponíveis (do ponto de vista do acesso ao serviço) aos seus cidadãos (Souza, 2008; Starfield, 2002).

## 4.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS

O SUS tem um amplo histórico que precede a sua criação. No presente trabalho, será apresentada uma breve revisão bibliográfica cujo ponto de partida será a promulgação da Constituição Federal, em 1988, marco da criação do SUS, sistema de abrangência nacional que vem sendo efetivamente construído nas últimas três décadas com base em peculiaridades locais que interferem na definição e no entendimento das prioridades e demandas dos serviços.

Em 1991, visando à reorganização dos serviços de saúde pública no país, o Ministério da Saúde implementou o PACS. Este programa pode ser considerado o precursor do PSF, que surge oficialmente em 1994, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica, de caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional baseado em profissionais médicos especialistas focais. O PSF segue os mesmos princípios do SUS e foi inicialmente intitulado como Atenção Básica em Saúde (Brasil, 1994, 1997, 2001, 2005). A partir desse primeiro modelo do programa, houve a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas (2.400 a 4.000), localizadas em uma área geográfica delimitada, na qual atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (Brasil, 1994, 1997, 2001, 2005).

Em 1997, o Ministério da Saúde reconhece a ESF<sup>1</sup> em substituição à nomenclatura de PSF, pois não se tratava mais de um “programa”, e sim de um modelo de organização da assistência que visa a estimular a implantação da atenção primária. Estima-se que, neste nível, o sistema de saúde seja capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de sua população adscrita, mas, para isto, devem ser priorizadas ações de promoção e recuperação da saúde das pessoas de modo contínuo, agindo prioritariamente na prevenção das doenças (Brasil, 1997, 2001, 2005).

Dentro da ESF<sup>1</sup>, o acompanhamento dos pacientes é feito nas UBS pelas ESF<sup>2</sup> (Silveira; Ramires; Silva, 2011). As equipes são compostas por MFC ou Médico generalista, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. As ações vão desde o acolhimento à marcação de consultas individuais, visitas domiciliares, reuniões e grupos operativos. Assim, esses profissionais e a população acabam por criarem vínculos de

corresponsabilidade que facilitam a identificação dos problemas de saúde da comunidade e a promoção de ações intersetoriais.

Atualmente, o MS usa o termo APS seguindo os mesmos princípios enunciados na Conferência Mundial de Alma-Ata e confirmados pela AMS em sua reunião subsequente, conforme definido abaixo:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação a um custo que a comunidade e o país pôde manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.5).

Vale notar que, para Brasil (2001), a resolutividade relaciona-se à competência dos diversos níveis de atenção, dentro do limite de capacidade de enfrentar e solucionar os problemas ligados à saúde, apresentados pela população. Merhy (1994) infere que a resolutividade nas ações não é apenas uma conduta, mas reflete a capacidade que o profissional dispõe de utilizar tecnologias adequadas disponíveis no diagnóstico e tratamento de cada usuário, o que resultará em satisfação do mesmo.

Simultaneamente ao processo de construção do SUS e da ESF<sup>1</sup>, constata-se que o país envelhece. As repercussões do envelhecimento do ponto de vista da saúde são complexas. Por exemplo, quando comparados aos jovens, os idosos são hospitalizados com maior frequência, apresentam tempo médio de permanência hospitalar maior e possuem um índice de (re)internações mais elevado (Loyola Filho et al., 2004; Lima-Costa; Barreto; Giatti, 2003).

Neste contexto, as políticas públicas devem funcionar de forma integrada com todos os seus setores e com eficiência para garantir que todos os direitos fundamentais do cidadão sejam alcançados (Camarano, 2010), inclusive o direito à saúde na velhice. Embora o envelhecimento populacional seja um fator transformador da necessidade de assistência à saúde, o sistema de saúde brasileiro ainda:

- guarda profundas marcas da supremacia da saúde materno-infantil e de tratamento de doenças infecciosas na organização dos serviços e no atendimento individual (Wong; Carvalho, 2006);
- não reconhece as peculiaridades da pessoa idosa e idosa frágil em termos de oferta de serviços e cuidados específicos (Giacomin; Couto, 2010);
- não dispõe de uma rede de cuidados primários, secundários, intermediários e terciários interligada, coordenada e potente, que foque na prevenção e promoção de saúde em todo o ciclo de vida do indivíduo (Camarano, 2010);
- não provê nem suplementa recursos assistenciais adequados à condição de saúde da pessoa idosa e às suas reais necessidades (Giacomin; Couto, 2010).

Infelizmente, todas essas constatações valem tanto para o âmbito público quanto privado, com raras exceções nos grandes centros e em hospitais de excelência. No sistema de saúde brasileiro, a pessoa idosa pode, a qualquer momento, utilizar a rede pública do SUS com os seus limites na gestão da oferta de cuidados adequados, ou a rede privada, com acesso a profissionais e planos privados de saúde, a depender de suas condições econômicas (Bós; Bós, 2004).

No caso dos planos privados de saúde, os limites estão postos em cláusulas contratuais, sob o controle da ANS (Brasil, 2000). No âmbito público, os marcos legais estão expressos no Pacto pela Vida (Brasil, 2008, 2006a) e na Política Nacional de Saúde dos Idosos (Brasil, 2006b). Nestes documentos, o sistema de saúde brasileiro estabelece atenção à saúde do idoso como uma de suas prioridades em todo o país, além de reconhecer a capacidade funcional como balizadora dessas ações. No entanto, apesar destes avanços legais, na prática, o SUS ainda apresenta inegável insuficiência de serviços de referência e uma notável carência de profissionais com formação gerontológica, o que compromete ainda mais a qualidade e o acesso ao cuidado especializado pelos idosos (Giacomin; Couto, 2010; Souza, 2008; Piccini et al., 2006).

### **4.3 A DIMENSÃO FUNCIONAL DA SAÚDE**

A dimensão funcional da saúde é relativamente recente e ainda não foi incorporada à rotina dos profissionais e serviços. Amplas discussões e tentativas de definição dos conceitos



que compõem esta dimensão têm sido propostas pela OMS para uniformizá-los e divulgá-los durante as AMS.

Inicialmente, com a publicação da CIDID em 1980 (Amiralian et al., 2000; WHO, 1998), os conceitos de deficiência/incapacidade eram definidos com base na presença de deficiência (*impairment*), incapacidade (*disability*) e desvantagem (*handicap*). Em 2001, a WHO/CIF (2001a) aprovou, durante a 54ª AMS, a inclusão à “família” das classificações internacionais, a CIF, que é endossada por todos os países membros da OMS. A proposta da CIF é abranger todos os componentes de saúde conhecidos e alguns componentes relacionados à saúde e ao bem-estar (como educação e trabalho, por exemplo), além de ser útil para uma ampla gama de aplicações diferentes que abrangem desde a previdência social até a avaliação do gerenciamento da assistência à saúde. Segundo sua nova abordagem, a funcionalidade compreende todas as funções corporais e o desempenho de tarefas ou ações, enquanto o termo incapacidade descreve o processo como um todo, mais do que um aspecto particular (Di Nubila, 2007; Farias; Buchalla, 2005; WHO; CIF, 2001b), podendo ser entendida como:

Um termo “guarda-chuva” para comprometimentos, limitações de atividade ou restrições na participação de uma pessoa, representando a interação dinâmica entre as condições de saúde (doenças, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais (WHO, CIF, 2001b, p.3).

A partir de então a incapacidade deixa de ser tratada apenas como consequência das doenças, e a funcionalidade passa a ser um dos componentes da saúde, norteando assim políticas intersetoriais para esta nova visão da funcionalidade/ incapacidade (Giacomin, 2008; Di Nubila, 2007; Farias; Buchalla, 2005; WHO; CIF, 2001b).

Usualmente, segundo Paixão e Reichenheim (2005), para avaliar a capacidade funcional do indivíduo, é importante conhecer o que ele é capaz de fazer em termos de atividades básicas, instrumentais e avançadas. Segundo estes autores, as AVDs avaliam funções de sobrevivência tais como se alimentar, banhar-se, higiene pessoal, vestir-se, transferir-se de um local a outro, entre outras. As AIVD abarcam problemas um pouco mais complexos da vida cotidiana de um indivíduo e oferecem indicadores de funções sociais que ampliam os temas explorados pelas escalas AVDs como, por exemplo, gerir o orçamento doméstico, utilizar o telefone, sair só, fazer compras etc., enquanto as AAVD incluem também atividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação (Paixão; Reichenheim, 2005).

Com o envelhecimento, a chance de se desenvolverem condições crônicas aumenta. Essas condições, ainda que não aumentem a mortalidade, tendem a comprometer a qualidade de vida, piorando sua morbidade. Frequentemente, uma determinada condição (aguda ou crônica), dependendo do indivíduo e de seu contexto sociocultural, pode afetar a funcionalidade dos idosos e comprometer seu desempenho físico e mental durante a realização de atividades do dia a dia (Duarte; Andrade; Lebrão, 2007; Verbrugge; Jette, 1994), além de alterar sua percepção da saúde (Fonseca et al., 2010; Paskulin; Vianna, 2007). Por exemplo, em um estudo em que a maioria dos idosos referiu ter boa saúde, um grande contingente relatou ser portador de doenças crônicas ou fazer uso de medicação sistemática, o que reforça a ideia de que a percepção de ser doente esteja mais relacionada às incapacidades do que ao fato de ser portador de danos crônicos (Paskulin; Vianna, 2007).

Assim, conhecer e entender esta dimensão funcional da saúde é de suma importância, pois o que o idoso faz e como realiza as AVDs é determinante não apenas da sua condição funcional, mas também da sua qualidade de vida e de como poderá vir a utilizar os serviços de saúde. Contudo, esta dimensão ainda precisa ser assimilada pelos profissionais e gestores dos serviços de saúde que atendem idosos (Giacomin, 2008) para dimensionar e adequar os recursos à condição funcional da pessoa idosa, de modo que o sistema de saúde se torne mais resolutivo, eficiente e eficaz (Starfield, 2002).

#### **4.4 A DIMENSÃO SOCIOCULTURAL DA SAÚDE**

Geertz (1973) entende a cultura como um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações.

Com base na concepção de Geertz (1973) em relação à cultura, chegou-se a duas outras contribuições: a primeira é o modelo explicativo (*Explanatory Model* – EM) desenvolvido por Kleinman (1980), no qual a saúde e a doença são vistas como parte de um sistema cultural que fornece modelos para a identificação e a resolução de problemas nesse campo; e a segunda é o modelo de análise de redes semânticas (*Semantic Network Analysis*) desenvolvido nos trabalhos de Good B (1977) e de Good B e Good M (1980, 1982), que considera que elementos do contexto experiencial, social e cultural se articulam formando símbolos que intervêm na construção do significado dos episódios de doença (Uchôa, 1997).

Na abordagem de saúde e doença, para o grupo de Harvard, a saúde e o que se relaciona com ela são considerados pela Antropologia Médica fenômenos culturalmente construídos e interpretados (Uchôa e Vidal, 1994).

De acordo com a perspectiva interpretativa de Geertz foi possível afirmar que as coletividades humanas elaboram seus próprios modelos de saúde e doença e estabelecer uma diferenciação entre “doença experiência” (*illness* – experiência psicossocial da doença) e “doença processo” (*disease* – anormalidades dos processos biológicos e/ou psicológicos) (Firmo; Lima-Costa; Uchôa, 2004). Sendo assim, a experiência da doença não se resume a um simples reflexo de um processo patológico no sentido biomédico do termo, sendo concebida como uma construção cultural. Diversos estudos têm demonstrado que os diagnósticos profissionais e populares não são correspondentes (Corin et al., 1992a; Good B & Good M, 1982; Kleinman, 1980; Good B & Good M, 1980; Good B, 1977). Enquanto a percepção dos profissionais (que quase sempre orienta os programas de saúde) estaria associada aos conhecimentos biomédicos, a percepção da população (que orienta os comportamentos assumidos) estaria relacionada a uma rede de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais (Uchôa, 1997; Kleinman; Good B, 1985; Uchôa; Vidal, 1994).

Em continuidade com estes trabalhos, Corin et al. (1992a; 1989; 1990; 1992b; 1993) desenvolveram o modelo de análise do sistema de Signos, Significados e Ações. Este modelo busca analisar representações e comportamentos associados a problemas de saúde específicos e em um contexto particular. Dessa forma, permite o acesso às lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar uma determinada doença, assim como identificar os diferentes elementos do contexto que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população diante desta doença (Uchôa; Vidal, 1994).

## **5 PERCURSO METODOLÓGICO**

O presente estudo utiliza uma abordagem qualitativa constituindo-se em um estudo etnográfico observacional.

## 5.1 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no município de Bambuí, situado no centro-oeste de MG, a cerca de 270 quilômetros da capital do estado, Belo Horizonte. Esse município possui 22.734 habitantes, dos quais 85% vivem na sua sede (IBGE, 2011).

A cidade possui 91% de cobertura da ESF<sup>1</sup> em sua zona urbana. Em toda cidade, a média é de 1 médico para 1.000 habitantes. A percentagem de pessoas com mais de 60 anos é de 16%, ou seja, 3.637 habitantes são idosos, dos quais 80,7% dependem exclusivamente do SUS e 19% têm plano de saúde privado (Uchôa et al., 2011). A expectativa de vida é de 70,2 anos, e as principais atividades econômicas são a agropecuária e o comércio. (Lima-Costa, 2004; Lima-Costa et al., 2001, 2000).

A microrregião de Bambuí está vinculada à SRS pela macro Divinópolis. (Minas Gerais, SD). O Sistema de Saúde conta com seis UBS, cada uma delas possuindo uma ESF<sup>2</sup>, cuja implantação aconteceu a partir do ano de 2002. As ESF<sup>2</sup> contam com o apoio de uma equipe do NASF sediada no Centro de Saúde São Sebastião, que também dá suporte aos municípios de Córrego Danta e Medeiros.

O município possui três laboratórios que realizam exames básicos e uma farmácia básica em cada Unidade Básica de Saúde. A atenção secundária conta com especialidades tais como ginecologia e obstetrícia, neurologia e otorrinolaringologia. A atenção terciária ocorre em dois hospitais: o Hospital Nossa Senhora do Brasil, de médio porte, e a Colônia São Francisco de Assis, um antigo sanatório para tratamento de hansenianos que hoje é um hospital geral integrante da rede FHEMIG, que atende a população da cidade e seu entorno para reabilitação temporária. Para os atendimentos de urgência e emergência, há uma Policlínica/UPA que funciona vinte e quatro horas por dia. Os indivíduos que necessitam de terapia intensiva são encaminhados para os municípios de referência, como a macrorregional Divinópolis.

O nível central possui um espaço físico que conta com as várias coordenações (Enfermagem, Atenção Primária, Epidemiologia, Vigilância Sanitária e a Farmácia Básica Central, onde acontece a distribuição de medicamentos de alto custo ou excepcionais fornecidos pela SES-MG e de insumos para as unidades); com consultórios para atendimento das especialidades médicas, da fisioterapia, fonoaudiologia; e com salas de marcação de exames – tais como o ultrassom –, de cirurgias, de transporte sanitário e de consultas em outras cidades.

## **5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

Este estudo faz parte do projeto intitulado “Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade em idosos” que tem por objetivo explorar a funcionalidade como um componente essencial da saúde do idoso bem como a sua dinâmica, em termos de fatores pessoais (atitudes, comportamentos, crenças), contextuais (ambiente e recursos), da participação (rede de apoio social) e das condições de saúde. Foi conduzido na cidade de Bambuí, em MG, com a sua população idosa acompanhada pelas seis ESF<sup>2</sup>.

A escolha dos entrevistados foi baseada em critérios que visaram garantir a heterogeneidade dos participantes, segundo o território da ESF<sup>2</sup>, o gênero, a idade e a condição funcional. Somente foram entrevistados idosos sem alterações cognitivas que impedissem a realização das entrevistas.

Foi utilizado o critério de saturação para regular o tamanho da amostra. (Fontanella et al., 2011; Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

## **5.3 COLETA DE DADOS**

O modelo dos signos, significados e ações, desenvolvido por Corin et al. (1992), foi utilizado na coleta para permitir a sistematização dos elementos do contexto que participam da construção das maneiras típicas de pensar e agir (Uchôa, 1997; Uchôa; Vidal, 1994). Tal modelo é oriundo da corrente interpretativa em antropologia, na qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura (Uchôa; Vidal, 1994). De acordo com Geertz (1973), que se situa na origem dessa corrente, a cultura constitui um universo de símbolos e significados que permite que os sujeitos de um grupo interpretem suas experiências e guiem suas ações.

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) dos idosos residentes em Bambuí, foram realizadas entrevistas no domicílio dos idosos selecionados. As entrevistas foram gravadas. Os pesquisadores foram apresentados aos idosos pela ESF<sup>2</sup> daquela região e, mediante o consentimento dos mesmos, através de um termo de consentimento esclarecido (anexo 1). Os entrevistados permaneceram no domicílio até o final da entrevista. As entrevistas tiveram três perguntas norteadoras:

- a) Como o(a) senhor(a) acha que está sua saúde?
- b) O que o(a) Sr(a) acha do serviço de saúde que frequenta?
- c) Para o(a) Sr(a), o Serviço de saúde de Bambuí mudou nos últimos anos?

## **5.4 ANÁLISE DOS DADOS**

Neste estudo, foi utilizada a análise do sistema de signos e significados de acordo com as ações desenvolvidas por Corin et al. (1992). Esse modelo de análise busca trabalhar com as representações e comportamentos associados a problemas específicos de saúde, permitindo o acesso às lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica a fim de compreender e explicar uma determinada condição, assim como identificar os diferentes elementos do contexto que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população diante de determinada doença (Uchôa; Vidal, 1994).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Após leituras atentas e repetidas dessas narrativas, foram identificadas unidades significativas e criadas categorias analíticas. A codificação (anexo 2) foi testada nas entrevistas e revisada para que todas as informações obtidas fossem agrupadas nestas categorias, com um mínimo possível de ambiguidade. Em seguida, foram identificadas as ocorrências de cada categoria analítica e feita a extração dos textos correspondentes a uma ou mais categorias para análise de conteúdo. Finalmente, foram examinadas as correlações e associações entre as diferentes categorias.

## **5.5 ASPECTOS ÉTICOS**

O presente estudo teve a aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ (anexo 3), tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.



## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O presente trabalho traz à luz a percepção dos idosos acerca da própria saúde e dos serviços de saúde disponíveis em Bambuí. Foram entrevistados cinquenta e sete idosos, vinte e sete homens e trinta mulheres, distribuídos nos seis territórios das ESF<sup>2</sup>. As idades variaram entre sessenta e noventa e seis anos, tendo prevalecido à baixa escolaridade na amostra. De acordo com o estado civil, vinte e quatro são casados, um relatou ter união estável, sete solteiros, e vinte e cinco viúvos. Grande parte deles tiveram filhos, em vários casos, o idoso vivia com um de seus filhos, familiares ou cuidadores (formais ou parentes). A maioria dos entrevistados é oriunda da zona rural. O motivo para a mudança para a cidade foi para buscar maior acesso a educação e trabalho para os filhos, a proximidade do serviço de saúde e melhor condição de vida. É observada, nesta população, forte influência da religião católica.

Após entrevistar os idosos, observou-se pela fala dos mesmos, várias categorias analíticas: a percepção sobre a própria saúde; o acesso (facilidade; dificuldade; acesso pago; acesso gratuito); utilização do serviço de saúde (gestão; fluxo interno; experiência própria; experiência de terceiros); percepção sobre a evolução do serviço (antes e depois do SUS); medicamento (utilização, fornecimento; facilidade; dificuldade); exames (facilidade; dificuldade); percepção sobre o cuidado recebido (vínculo, compromisso, regularidade), além do impacto da Incapacidade sobre o uso de serviços (prevenção, reabilitação, monitoramento).

Após cuidadosa sistematização, essas categorias foram reagrupadas em três grandes unidades significativas: a percepção da saúde; a percepção do processo de incapacidade funcional e a percepção sobre os serviços de saúde. Esta última permitiu reconhecer dois grandes eixos: as facilidades e dificuldades.

## **6.1 A PERCEPÇÃO DA SAÚDE E DO PROCESSO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL**

Nas entrevistas realizadas para o presente trabalho, quando perguntados sobre como estava a sua saúde, apenas quatro idosos definiram-na como ruim e dois disseram estar com a saúde mais ou menos. Os entrevistados relacionaram a condição de saúde ao processo de envelhecimento e a acometimentos que lhes impunham algum tipo de limitação à capacidade funcional.

Outro componente identificado da boa saúde é a capacidade para o trabalho, conforme a fala desta senhora:

*[Referindo-se ao que faria se tivesse a saúde boa] Eu ia trabalhar uai! Eu ia trabalhar. Panhava até café na escada. Não tinha preguiça, não perdia um dia de serviço, não... gostava de trabalhar. Só não carregava porque o meu chefe era muito bão, punha o café tudo pra mim no ponto. Mas falou que era trabalhar... Depois que eu dei derrame, a minha perna fica inchada, a junta saiu do lugar, saiu do lugar. Eu não dou conta de ficar em pé não (M13, 67 anos, viúva).*

Este relato concorda com o pensamento de Minayo; Coimbra Junior (2002), segundo o qual, com o passar dos anos, possivelmente a visão dos mais velhos foi influenciada por uma ideologia “produtivista” que sustentou a sociedade capitalista industrial, para a qual, se uma pessoa não é capaz de trabalhar e de ter renda própria, tem pouca “utilidade” para sua comunidade ou país. Alves, Leite e Machado (2008), por sua vez, afirmaram que, para a pessoa idosa, o que importa é sua habilidade para desempenhar as atividades e não as doenças propriamente ditas. Isto é, apesar de apresentar uma ou mais doenças crônicas, o idoso avalia sua saúde como boa ou regular; o que o faz reconhecer que não se encontra bem de saúde é possuir algum tipo de dificuldade/ incapacidade para realizar atividades de sua rotina. Um senhor de Bambuí utiliza a estratégia de minimizar os problemas de saúde e seguir adiante:

*Tenho só uns problemas aí de, eu tomo uns remédio pra pressão... [questionado sobre como está a sua saúde] Tá mais ou menos, eu sinto, aí eu penso... até a médica veio cá [...] uma alergia, eu to passando uma pomada, por causa dum negócio assim e lá vou indo (H20, 69 anos, solteiro).*

À semelhança do demonstrado por Turrini (2001), mais da metade dos entrevistados do presente trabalho relataram ser portadores de patologias crônicas. Apesar disso, muitos afirmam que a saúde é boa quando não há a necessidade de procurar o médico, quando os exames estão bons, ou quando não precisam fazer uso de medicação, como exemplifica um idoso de 92 anos:

*Ah, porque eu tinha saúde toda a vida, eu tinha saúde. A gente vai e envelhece, sabe. [...] A gente, na idade que eu tô, não guenta fazer muita coisa, mais é quieto. Minha saúde é boa. Eu não consulto, não sinto nada assim de precisar de remédio (H45, 92 anos, viúvo).*

Em um estudo recente, também realizado em Bambuí, Fonseca et al. (2010), ao analisarem como as pessoas idosas constroem a avaliação de sua própria saúde e qual é o papel do senso de autonomia nesse construto, notaram que a saúde é entendida como um meio de se adquirir autonomia no exercício de competências funcionais demandadas pela sociedade, tais como a capacidade de responder às obrigações familiares e de desempenhar papéis sociais. Ao definir sua saúde como boa ou razoável, o idoso não se caracteriza como pessoa livre de doenças, mas como sujeito capaz de agir sobre o ambiente. Nos relatos dos idosos e em sua avaliação da própria saúde, notam-se aspectos relacionados às lógicas “participar da vida” e “ancoragem à vida”. A primeira valoriza a autonomia, englobando as seguintes categorias: permanecer ativo dentro das capacidades funcionais instrumentais avançadas (trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos), ser dono da própria vida (como oposição a ser dependente), ser capaz de resolver problemas e poder agir como desejar. A segunda lógica unifica as seguintes categorias: capacidade de interação, estar engajado em relações significativas e poder contar com familiares, amigos ou vizinhos.

Enquanto isso, agindo na direção contrária do fortalecimento do vínculo e do autocuidado, alguns idosos referem receber orientações dos serviços de saúde para desistir de se tratar, admitindo que diante dos problemas experimentados na velhice “*nada pode ser feito*”, como relata este senhor de 84 anos lembrando as palavras do seu médico:

*[Referindo-se a como estão os problemas de saúde hoje] (o médico) Só falou comigo assim: ‘o senhor não preocupa muito não, caça um jeito de ficar mais despreocupado, repouso, isso maior que você sente agora é idade. Essa idade da gente, aparece uma coisinha aqui, aparece outra por lá, o senhor não tem que preocupar não’.* (H7, 84 anos, casado)

Em um trabalho antropológico Uchôa et al. (2002) evidenciaram a forma negativa de concepção do envelhecimento por parte dos moradores de Bambuí, em contraposição às visões muito mais positivas que os idosos tinham de si próprios. Os pesquisadores demonstraram a distância entre a observação externa e o conceito formulado pelos idosos, mesmo em situação de enfermidade e de dependência física. Em geral, as pessoas mais jovens atribuíam à velhice uma carga negativa e catastrófica, enquanto os mais velhos, que experimentavam a velhice, tinham de si e de seu desempenho um conceito muito mais positivo (Uchôa et al., 2002).

No presente trabalho, são os profissionais de saúde que reproduzem essa atitude negativa ao negar aos idosos quaisquer perspectivas de melhora e de autonomia, como atestam as falas destes dois octogenários:

*[Referindo-se se costuma ir ao médico?] “costumo” (...) Vou ao médico diário sô, meu Doutor é o X, né. X que é médico meu, ai dá aquela perrengada ele arranja aquele remédio e fala: “cê leva esse e vai tomando, acaba uma receita e pega outra e na hora que piorar mais cê volta”. (...). (H23, 82 anos, casado) (grifo nosso)*

*[Referindo-se ao acesso à unidade da Equipe da Saúde da Família] “... consulto diariamente porque não sara, mas a gente fica naquela fé que vai sarar, mas o médico ótimo me desanimou: ‘que ‘isso é idade, que eu tenho que aceitar’.” (M24, 86 anos, viúva) (grifo nosso)*

Ao apostar na piora ao invés da prevenção, essa atitude contraria a um só tempo toda a essência da APS e da Gerontologia, ciência que tem como princípios o reforço às potencialidades, a reabilitação e a melhora na qualidade de vida da pessoa idosa.

A presença de incapacidade foi abordada a partir do questionamento sobre as rotinas da vida diária. Durante a investigação da dimensão funcional da saúde, muitos relataram algum tipo de dificuldade e/ ou limitações para realizarem AVDs ou AIVDs. Porém, chama a atenção neste grupo o fato de o termo “incapacidade” não ter sido reconhecido nem empregado por nenhum dos entrevistados, inclusive entre aqueles que admitiam necessitar do apoio de terceiros – usualmente familiares, amigos, vizinhos ou ajudantes (cuidadores). Para eles, não há um conceito novo, “incapacidade”; o que existem são limitações decorrentes do envelhecer, como demonstram as falas de duas senhoras:

*Uai, a minha saúde eu nem sei te contar, porque toda hora eu to sentindo uma coisa; eu já tô de muita idade, acho que tudo ajuda, né [...] (M16, 95, viúva).*

*Depois que a gente fica de idade, não fica nada bom mais assim não. Um dia a gente ta com alguma coisa, no outro dia é outra. Pode ser mais leve, mas sente (M27, 80 anos, solteira).*

Alguns idosos apresentaram limitações que necessitam do apoio de terceiros, usualmente familiares, como narrado nas duas situações a seguir:

*Pra ir no médico... sempre a minha sobrinha vai comigo. Mas, assim, banho, essas coisas, trocar roupa, isso eu dou conta (M27, 80, solteira);*

*Eu não dou conta de jeito nenhum! [por causa da dor] [...] Tenho um filho que às vezes vai pra mim, sempre vai, o A., que é o moço que mora aqui em casa. O dia que eu não aguento mesmo, ele vai na farmácia pra mim, vai no postinho marcar as consultas, a revisão, né. Busca as coisas pra mim quando eu preciso. E, assim, se a perna não der mesmo pra andar, mas se der pra mim andar, nem que seja devagarzinho, eu prefiro eu mesma ir. Que o costume da gente foi esse (M19, 83, viúva).*

A participação de cuidadores contratados pela família também se observa na fala destas duas senhoras muito idosas:

*[...] já tem um pouquinho, né [referindo-se a ter alguma dificuldade para fazer as coisas do dia a dia], tô com a perna deste jeito, tô sem poder andar direito, ainda dou conta de fazer meu cafezinho [...]. Não, é ajudante [referindo-se a ter um cuidador que ajuda] (M58, 87, viúva).*

*[...] E neste meio de tempo eu adoeci. Eu dei este problema, nas perna, ah, eu prefiro mais é ir embora, porque na casa dos outro é ruim, porque tem a família dele, a mulher dele. E a gente acha que fica empalhando. Aí ele arrumou ela para ficar aqui comigo. Ela já tá aqui tem 4 meses. Eu não dou conta de ficar só, de noite principalmente, e eu ainda tenho diabetes. O meu diabetes fica sempre baixo, mas eu desmaio.[...] eu não posso ficar muito sozinha (M24, 85, viúva).*

Esta última compreende o processo de incapacidade em curso da seguinte forma:

*Nãããã, de jeito nenhum, [referindo-se a não precisar de bengala antes]. Eu era boa, andava para todo lado, eu ia para Belo Horizonte, não precisava de comprar meia nem nada. Isso veio assim de uma hora para outra. É, chegou, eu tratei lá também, fiquei muito tempo tratando, o médico falou: “oh, não atingiu o cérebro, já tá com a cabeça boa, com a ideia boa, isso agora é calma”. Vai voltando aos pouco. Eu acredito que é, porque nos primeiros dias eu não conversava direito, e eu não, tudo que eu pegava caía. Agora já parou tudo. O médico [referindo-se a quem receitou a bengala], ele falou para mim andar com uma bengala que uma hora eu posso, a perna [...] aí não firma, né. Aí se eu tiver sem bengala, que uma hora eu posso cair e quebrar a perna, é pior (M24, 85, viúva).*

Em Bambuí, os signos referentes à percepção da saúde relacionam-se à capacidade de permanecer trabalhando; enquanto os signos ligados à percepção da incapacidade referem-se a “*dar trabalho*” para os outros, como afirma este senhor:

*“Todos dois é ruim. A gente não dar conta de fazer e precisar dos outros.”*  
(H49, 77 anos, solteiro).

Quanto à participação da política de saúde na prevenção da incapacidade, cabe ao serviço prevenir e detectar precocemente os agravos de pessoas portadoras de doenças crônicas, de forma a evitar a procura tardia, já com complicações instaladas, o que demanda maior necessidade de recursos para a solução de um problema que poderia ser prevenido. Para tanto, é necessário um bom atendimento para que o profissional de saúde possa orientar o cidadão de acordo com suas necessidades e problemas, e, assim, compreender a importância do autocuidado, participar de ações de prevenção, promoção e cuidado de doenças e agravos (Turrini, 2001). Para essa autora é importante que o profissional saiba explicar tudo isso de forma simples, de forma que cada indivíduo seja capaz de compreender o que significa para ele ter uma doença crônica, levando em conta seu contexto e história de vida.

No entanto, esta não é a realidade percebida entre alguns dos idosos entrevistados. Exemplo disso é a afirmação feita por um senhor a respeito dos sintomas, doenças e limitações com os quais convive nessa etapa da vida:

*É. A minha saúde, não tô bom do coração e a pressão alta e minhas pernas dá câimbra e eu não posso andar porque eu fico deitado. [...] quando as câimbras não ataca, sabe, eu levanto, coo café, faço um comê, mas o resto é deitado. [...] É só eu não andar. Se eu andar, eu caio. Dá câimbra e eu caio. O trem mais triste que tem é câimbra, sabe* (H41, 79 anos, viúvo).

De acordo com Turrini (2001), a percepção que o indivíduo idoso tem de “estar bem” é parte da solução do seu problema de saúde e determina o modo como ele utiliza os serviços. Na mesma linha, segundo Assis (2002), para que um problema de saúde seja resolvido, ou, no caso das doenças crônicas, para que sejam controladas, não basta fornecer informações ou remédios. Pois, muitas vezes a prescrição de medicamentos vem acompanhada de orientações para mudanças de hábitos de vida, como se fosse “remédio”, sem qualquer conexão com a vida prática de cada pessoa, sua disponibilidade, interesse e condições efetivas para o

autocuidado. Conseqüentemente, para modificar essa situação, faz-se necessário que as ações educativas em saúde aconteçam a partir do encontro afetivo entre agentes educativos e idosos, de modo a garantir, aos últimos, o acesso à informação e a possibilidade de participar de debate crítico sobre assuntos gerais de seu interesse. É importante reconhecer e valorizar as histórias de vida, as percepções sobre a velhice, seus direitos e possibilidades de ação, bem como promover o resgate da autoestima, do sentido da autonomia e do seu papel de sujeito político na construção da dignidade do envelhecer (Assis, 2002).

Porém, no presente trabalho, os signos relatados para explicar a experiência da saúde na velhice falam de um tempo em que nada mais é bom. Resultados que diferem muito daqueles de Uchôa et al. (2002) que investigou idosas residentes na comunidade de Bambuí e informantes-chave com idade abaixo de 60 anos. Dez anos depois, nos relatos das pessoas idosas assistidas nos serviços públicos de saúde de Bambuí, a velhice aparece como um tempo de limitações, de sofrimento e sem alternativas. Além disso, as orientações recebidas pelos profissionais de saúde reforçam atitudes pessimistas e conformistas diante da incapacidade e das doenças.

De acordo com os idosos entrevistados, o contexto cultural dos serviços públicos de saúde fala de um serviço que não parece estar capacitado para lidar com essa população, nem propõe nenhuma abordagem de cunho gerontológico. Isso também talvez explique a construção de comportamentos concretamente adotados por esta população que, diante da condição de incapacidade, podem ser traduzidos em signos que falam de uma condição que os remete à solidão e à imobilidade: *“É só eu não andar”*; *“Eu não dou conta de ficar só”*; *“mais é quieto”*.

## 6.2 A PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em Bambuí, quem testemunhou o processo de construção do SUS, antes e depois da criação da UBS (à qual se referem como *“postinho”*), afirma o seguinte:

*Era só o hospital aqui, né. Agora eles faz uns postinhos assim nos bairros, né, fica mais perto pra gente ir, né... (H20, 69 anos, solteiro).*



Antes do SUS, o acesso à consulta era conseguido mediante pagamento, como lembra este senhor:

*Que naquele tempo que eu mudei pra cá não tinha esse negócio de postinho, não tinha nada, né. Foi em 1979. [Referindo-se a como era consultar naquela época]. [...] A gente... era pagado, né, antes era pagado. Naquele tempo acho que não tinha SUS não, né, não tinha não? [...] Veio de 88 pra cá. Ah, melhorou muito (H40, 71 anos, casado).*

Segundo Turrini (2001), na fala de alguns usuários, quando relembram a mudança do Sistema de Saúde após 1988 e desde a implantação da ESF<sup>1</sup> nota-se a melhora dos serviços. Talvez os elevados índices de satisfação geralmente relatados em todas as esferas do cuidado à saúde sugiram que, ou realmente houve um bom atendimento, ou a expectativa do paciente era baixa. Entre os idosos bambuienses, com relação à percepção sobre o serviço de saúde, alguns entrevistados reconheceram que o serviço está bom, como afirmam uma senhora de 83 anos e um senhor de 69:

*Mas pra mim, aqui em Bambuí tá danado de bom! (risos) (M19, 83 anos, viúva).*

*[...] o que eles faz já tá bom (H20, 69 anos, solteiro).*

Quanto à avaliação das mudanças percebidas nos serviços de saúde nos últimos anos, os entrevistados reconhecem que, apesar de ainda não ser o ideal, o serviço de saúde de Bambuí melhorou com a implantação do SUS, como narra esta senhora:

*[...] Melhorou muito, viu. Muito bom! A gente pega remédio, né, esses remédios da pressão eu pego no postinho. Qualquer coisa que a gente precisa de urgência né, às vezes não dá pra ir no hospital, vai lá no postinho. Uai, melhorou um pouco, né (M37, 68 anos, casada).*

É possível que seja reflexo do fato de que a “satisfação” tende a aumentar com a idade, sendo aventada a possibilidade de que os idosos sejam mais passivos em relação ao cuidado de saúde em contraste com os mais jovens, geralmente mais questionadores (Williams; Calnan, 1991 *apud* Oliveira, 1998), ou de que os mais idosos tendem a apresentar uma postura de maior respeito à figura do médico (Oliveira, 1998). Porém, essa postura reflete

também um modelo aprendido, em que: a) “não fica bem falar mal dos médicos”; b) não é “culpa” dos médicos os seus “fracassos terapêuticos”; c) os idosos assumem a culpa de eventualmente não melhorar como sendo deles próprios, por serem velhos e debilitados (Oliveira, 1998). O modelo biomédico reforça o estigma da velhice como doença e do usuário como culpado por suas mazelas. Esta culpabilização do paciente resulta de uma relação hierárquica que se dá, neste caso, entre o profissional de saúde e o paciente, muitas vezes chegando o profissional a considerar o paciente negligente, ignorante ou resistente por não seguir suas recomendações (Camargo-Borges; Japur, 2008; Camargo-Borges; Mishima; McNamee, 2008).

Reconhecer esse comportamento na fala dos idosos de Bambuí contraria frontalmente as principais características de ações de saúde coletiva que visam a buscar sujeitos coletivos como parceiros na luta pela saúde, em vez de buscar perpetuar relações de submissão. Isso obriga os trabalhadores, gestores e usuários a buscar as potências coletivas e a trabalhar em educação para a saúde, promovendo a autonomia e a liberdade, incrementando a relação profissional-paciente, sem verticalização. Facilita-se, assim, a negociação e a sua adesão ao plano de cuidado mais adequado considerando o contexto do indivíduo, suas histórias de vida, seu contexto familiar e comunitário (Brasil, 2009; Camargo-Borges; Japur, 2008; Besen et al., 2007).

Quando considerados os princípios do SUS, entre os entrevistados que utilizam o serviço público em Bambuí, há aqueles que reconhecem alguma evolução do serviço no que tange a:

a) universalidade:

*Que naquele tempo que eu mudei pra cá não tinha esse negócio de postinho não tinha nada, né. Foi em 1979. [Referindo-se a como era consultar naquela época]. [...] A gente... era pagado, né, antes era pagado. Naquele tempo acho que não tinha SUS não, né, não tinha não? [...] Ah, melhorou muito (H40, 71 anos, casado).*

b) descentralização:

*Pode saber que vem gente de longe de outras cidades pra consultar aqui porque fora tá uma dificuldade e aqui não, tem. Que aqui não tinha essas*

*coisas, né, não tinha não, pra levar uma pessoa pra fora era uma dificuldade danada (M19, 83 anos, viúva).*

c) equidade:

*Melhorou. Na saúde, no entendimento das pessoas, a procura, assim, de médicos, na busca da medicação, houve uma diferença muito grande... Facilitou pra comunidade, que não tinha era nada, né, era associado ao SUS e não tinha nada. Hoje tem alguma coisinha, uma coisinha, mas tem. [...] Também até a frequência na rua, aqueles pobres, que era mais comum, desapareceu um pouco. A gente, constantemente a gente era chamado aqui na porta, sempre dei um ajuda pra remédio, ajuda pra uma coisa assim. Mas melhorou, melhorou bem (H15, 79 anos, casado).*

d) integralidade:

*Tem Posto do bairro. [...] Vacina [...] [referindo-se aos serviços que utiliza na UBS] se as pessoas passa mal corre lá, né? [...] É um ambiente muito bom... as vacinas, os remédios que distribui [...] Tem, tem uma agente, chama agente da saúde. Ela vem sempre. Tem hora que é uma vez por mês, mas vem mais. Se tem uma modificação qualquer, né, no atendimento, ou vacina vem avisar. Vem saber se não teve internamento, se não teve uma coisa mais grave, o atendimento físico... funciona... esse posto de saúde. Teve uma melhora (M10, 72 anos, casada).*

É importante considerar a forma como o usuário avalia o cuidado prestado. Em geral, ele é capaz de:

- reconhecer quando os profissionais agem de forma atenciosa, com respeito, demonstrando afetividade, confiança, conhecimento e credibilidade (Schimith et al., 2011; 2012);
- buscar profissionais preparados tecnicamente, responsáveis, comprometidos em escutá-los através de uma relação acolhedora, com a valorização dos discursos e apresentando resolutividade em relação a suas queixas, problemas e necessidades (Schimith et al., 2011, 2012; Hoyos; Cardona; Correa, 2008);
- avaliar a qualidade da prestação de serviços, considerando-se que o termo “qualidade” inclui também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde e a

adequação dos equipamentos (como nos laboratórios) que contribuem para a prestação dos serviços (Starfield, 2002).

Segundo a literatura, a avaliação que o usuário faz do cuidado também sofre influências do grau de compreensão e aceitação da sua situação atual de saúde, sendo que, como as doenças crônicas inicialmente podem se manifestar de forma silenciosa, os indivíduos costumam não entender que precisam de um controle sistemático (Turrini, 2001). Assim, para atuar a contento, o serviço precisa estar atento às reais necessidades dos seus pacientes, conhecendo o perfil epidemiológico e demográfico local, priorizando os casos e queixas adequadamente:

Traduzir o potencial na atividade adequada requer dois elementos de desempenho do sistema de serviços de saúde: utilização de serviços pela população e reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde. A utilização refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. A razão fundamental para uma consulta pode ser a investigação da ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou receber serviços preventivos. A utilização pode começar pelo paciente ou ser uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, podendo, ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa. O reconhecimento de um problema (ou de necessidade) é o passo que precede o processo diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os pacientes podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou da população (Starfield, 2002, p.61).

Com a implantação da ESF<sup>1</sup> nota-se um esforço pela organização do fluxo de atendimento básico tanto no “*postinho*” quanto na urgência, como podemos entender na fala desta idosa:

*[...] Minha ajudante mesmo. É, teve um dia que telefonou de lá que ela tava lá, no médico Dr. que a pressão tava muito alta. Então, acode mais rápido, né? É um ambiente muito bom... as vacinas, os remédios que distribui [...]. É uma consulta de emergência por exemplo. É, às vezes tem que ir pra policlínica... lá faz um curativo melhor do machucado, um atendimento um pouco mais do que os posto de bairro. E dependendo do caso a policlínica mesmo tem que ir pra o hospital, né? [...] dependendo do caso às vezes consegue pelo SUS, mas tem uns que não consegue, né? Mas podia melhorar mais porque o atendimento pelo SUS às vezes uma coisa até grave e demora, né, conseguir uma vaga, demora um atendimento. Mas eu acho que melhorou muito... sobre a saúde (M10, 72 anos, casada).*

Um senhor muito idoso relata as situações em que utilizou o serviço do “*postinho*”:

*Já fui lá umas várias vezes fazer inalação quando eu tava com a falta de ar.*

O mesmo senhor explica como acontece o acompanhamento no domicílio:

*[Referindo-se a quando recebe a visita domiciliar] Vem, de vez em quando vem. O médico já veio umas duas ou três vezes (H7, 84 anos, casado).*

Uma senhora explica a percepção que tem dos agentes comunitários de saúde que integram a ESF<sup>2</sup> que a atende:

*Tem, tem uma agente, chama agente da saúde. Ela vem sempre. Tem hora que é uma vez por mês, mas vem mais. Se tem uma modificação qualquer, né, no atendimento, ou vacina, vem avisar. Vem saber se não teve internamento, se não teve uma coisa mais grave, o atendimento físico... funciona... esse posto de saúde. Teve uma melhora. (M10, 72 anos, casada).*

Já em relação ao acesso a exames básicos, duas senhoras muito idosas exprimem:

*Não, exame... fazer exame, eu faço lá no postinho e pago não (M14, 88 anos, viúva);*

*[...] e aí lá no posto é do pobre mesmo. Hoje mesmo eu vou tirar sangue já (M24, 85 anos, viúva).*

Estes dados concordam com Veras (2007) em relação à explicação para a melhora no desempenho dos serviços do SUS, que pode ser explicada por fatores como o aperfeiçoamento da tecnologia médica e transformações comportamentais ocorridas com a implementação de programas sociais.

## 6.2.1 AS FACILIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE

No presente trabalho, foi possível identificar na fala dos idosos dois eixos avaliativos: um que valorizava as facilidades da atenção e outro que enfatizava as dificuldades na assistência e na gestão dos serviços.

No eixo das facilidades da organização do Serviço foram apontadas algumas ações de relevância para os idosos:

- a) Aquisição de alguns ou de todos os medicamentos da farmácia básica:

*Então, ajuda, por exemplo, uma medicação, muitas pessoas aí não compra nenhuma medicação. Todos eles doados, pelo SUS. Foi uma melhora muito grande porque [antes do SUS] o povo não tinha [acesso aos medicamentos] (H15, 79 anos, casado). (grifo nosso)*

Ainda persiste a noção de direito à saúde confundida com benesse do governo quando a pessoa idosa fala de medicamentos “doados”. Ainda assim, esta valorização da facilidade de acesso aos medicamentos corrobora o estudo de Pedrosa e Teles (2001), segundo o qual as relações da ESF<sup>2</sup> com a comunidade vinculavam-se à busca de consulta médica e medicamento, ação considerada carro-chefe do programa, principalmente pelas mulheres gestantes e crianças. No presente trabalho, a mesma demanda por medicamentos aparece na parcela idosa.

- b) Ações de promoção de saúde realizadas nas academias da cidade:

*[Referindo-se ao Prefeito da cidade] Ele tá criando um centro de... tratar de pessoas que têm depressão. [...] E... essas vezes que eu fui atendida, eu tenho sido bem atendida, né. E ele tá criando, academias ao ar livre. Tá sendo muito bom, né. Participo. [...] É uma academia, né. Fica na praça. Ali tem uma lá, lá na entrada da cidade tem outra. Então tá sendo muito bom pro povo [Referindo-se a quanto tempo frequenta este serviço] Na academia? Mais ou menos uns três meses, né, que foi criada, né, uns três meses mais ou menos (M38, 68 anos, solteira).*

c) Reuniões das ESF<sup>2</sup> com grupos de idosos portadores de doenças crônicas. Em alguns casos, os idosos aproveitam a ocasião para renovar suas receitas:

*Cada bairro tem um postinho. Aqui o meu postinho é ali do lado do hospital, mas eu nunca que vou lá porque eu não aguento ir andando. Então as meninas vêm aqui e eu falo como que tá e na reunião eu pego os remédios. Da diabetes, tem reunião todo o mês [...]. Dia 14 tem reunião. Eu vou, pego os medicamentos da diabetes e alguma dúvida que eu tenho eu pergunto. Tomei as duas vacinas, tava com medo de tomar [...]* (M51, 69 anos, viúva).

d) Transporte sanitário para levá-los a consultas no “postinho”, hospital, exames especializados, fisioterapia e/ou a outros municípios para tratamento secundário e ou terciário:

*Agora tem carro, né, pra levar pra Belo Horizonte os pacientes. Vai pra Divinópolis, vai pra aqui, vai pra ali e não tem que pagar nada. Antes não tinha, né. É uma boa, não é não? (risos)* (M19, 83 anos, viúva).

e) Reabilitação:

Um homem e uma mulher avaliaram a experiência do atendimento da seguinte forma:

*No SUS às vezes tem mais fisioterapia, essas coisas. É mais gente também, tem mais gente, né. No outro serviço [resguardado o nome do prestador] tem menos gente, que é só que tem que já é funcionário do estado que tem* (H47, 69 anos, casado).

*Pois é... mas eu acho que o rapaz queria saber é como que vai o tratamento aqui em Bambuí. Esse prefeito, ele tá trabalhando muito bem, sabe. Eu acho. Eu fiz fisioterapia, que eu fiz no braço, eles me atenderam muito bem [...]* (M38, 68 anos, solteira).

Embora muitos idosos admitissem limitações nas atividades cotidianas, foram raros os idosos que informaram ter sido encaminhados para reabilitação, e, no caso específico, apenas a fisioterapia foi citada.

## 6.2.2 AS DIFICULDADES ESTRUTURAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Tradicionalmente, determinadas condições estruturais, organizacionais e de desenvolvimento profissional devem ser consideradas na oferta de atenção primária de alta qualidade. As condições estruturais incluem a clara definição de uma unidade de saúde e a capacidade de colocar uma unidade de saúde na comunidade. Isto proporciona à população a atenção ao primeiro contato, em que o acesso a especialistas é dado por meio do profissional de saúde de atenção primária, que deve, de forma coordenada, oferecer toda a variedade de serviços necessários para as necessidades locais da população (Starfield, 2002).

Ao analisar a percepção dos idosos sobre os serviços, revela-se o segundo eixo, ou seja, as dificuldades estruturais para quem precisa ser cuidado. Deve-se chamar a atenção para o fato de que, no presente trabalho, embora se admita certo comportamento passivo e tolerante de usuários idosos (Oliveira, 1998), os entrevistados expressaram em suas falas pesadas críticas e reclamações acerca da qualidade dos serviços de saúde, em que exprimiram sua falta de credibilidade na assistência prestada quanto a:

### a) Capacidade resolutiva do serviço:

*Ah melhorar não melhora, não... É sempre assim, sempre uma pessoa reclama uma coisa, sempre uma pessoa reclama outra, negócio de médico, negócio de atendimento. [...] Ah, todo mundo aqui, muita gente mesmo reclama aqui negócio de saúde. Tem coisa aqui que, se não correr pra fora, morre (M17, 61 anos, casada).*

### b) Qualidade dos remédios que o SUS oferece;

Diante da dúvida, uma senhora compra a medicação e justifica:

*Compro. Um mês eu pago, outro eu fico devendo. O povo da farmácia confia muito. Os remédios do postinho é tudo ruim... tudo (M32, 73 anos, casada).*

### c) Capacidade técnica dos profissionais do SUS;

Um senhor analisa:



*Pelo meu problema, os médicos do postinho parece que não é, parece que não é suficiente, não é especializado (H11, 69 anos, casado).*

Uma idosa denuncia:

*Francamente, nós nunca teve um médico bom no postinho. Nunca teve. Eu fui, eu tive o quê? Fiz uma cirurgia rápida, aí, [...] o médico falou assim, aqui no postinho, ele falou assim: “não, isso é coisa à toa, isso é problema de vista. Toma bastante água!” Tá, eu vim embora pra casa tomar água, né. Acabou que eu tive que fazer até uma cirurgia urgente, de uma hora pra outra. Eu tomando água. Ah... agora fez três anos. A gente nunca teve médico bom, nunca teve não. Médico bom, não. Aqui não. Até que na policlínica já teve, sabe, já foi muito bom (M17, 61 anos, casada).*

d) Recursos técnicos do SUS no âmbito local;

Como afirma esta senhora:

*Que às vezes o médico é bom, mas não tem aparelhagem adequada, né. E teria que ter mais assistência aqui pra evitar a migração, né... pra X, pra X. Igual... é isso aí que eu acho que teria que ter aqui (M38, 68 anos, solteira).*

E ela ainda sussurra:

*E menos burocracia, né (risos). Que é difícil, né. Menos burocracia pra poder ser atendido mais rápido, né (Em voz baixa) (M38, 68 anos, solteira).*

e) Agilidade no atendimento:

*Mas podia melhorar mais porque o atendimento pelo SUS às vezes uma coisa até grave e demora, né, conseguir uma vaga, demora um atendimento (M10, 72 anos, casada).*

f) Compromisso da equipe;

Outra senhora demonstra sua experiência negativa em que a equipe não comparece como devia:

*Ontem, minha sobrinha veio aqui fazer um curativo para mim, porque aquele povo do postinho é muito enrolado e não vem. Se não fosse minha sobrinha, eu mesma tinha que fazer [...]. Elas andam para todo lado, mas aqui... Tem*

*uma que passava quase todo dia, agora sumiu. Meio enrolada (M27, 80 anos, solteira).*

g) Regularidade no fornecimentos de medicamentos;

Neste exemplo, observa-se a família ajudando no cuidado de saúde, facilitando a adesão e o seguimento ao tratamento proposto:

*Ajuda. Ajuda sim, quando a gente precisa de... igual, se eu to precisando de remédio e não tem como, não chegou, eles ajuda: ó mãe, não é pra senhora parar de tomar o remédio. Tem nós aqui (M51, 69 anos, viúva).*

h) Transporte sanitário;

Uma idosa reclama da falta de transporte sanitário:

*Tinha que ter um carro ontem para me levar no posto ali (M24, 85 anos, viúva).*

i) Acesso a consultas por especialistas;

Diante da falta de acesso, precisam procurar cidades vizinhas de maior porte, e, muitas vezes, a iniciativa privada, como atesta esta idosa:

*Tô indo no médico em Formiga, meu filho me leva de carro. É de três em três meses que eu vou lá. Cento e oitenta reais. É, Parkinson. Eu trato com um neurologista de Formiga. Ele falou pra mim: “ó, dona M., não tem cura, mas tem melhora, melhora. Se a senhora tomar os remedinhas direito e todos os remédios que eu tô receitando, a senhora vai melhorando. Na verdade, eu tô melhorando, alivia demais [...]. Eu tenho diabetes... é bastante coisa, né (risos) (M51, 69 anos, viúva).*

j) Acesso a propedêutica de maior complexidade;

Da mesma forma, outros idosos mencionam a dificuldade de acesso para propedêutica de maior complexidade:

*[...] agora ainda falta muita coisa, né, igual aqui, tem que fazer mamografia, a gente tem que sair que não faz. Às vezes algum outro exame diferente que precisa de fazer... (M37, 68 anos, casada).*

*Me deu uma dor de cadeira outro dia aqui, Nossa Senhora, eu não dormi nada à noite e eu resolvi fazer um exame de coluna. Aí o médico, eu fiz um exame de próstata lá em Divinópolis, aí o médico lá, eu fui pedi pra fazer um... como é que chama? Ultrassom, né, assim das partes assim, da próstata (H40, 71 anos, casado).*

k) Acesso à consulta médica e domiciliar;

Este senhor idoso de 84 anos, apesar de dizer estar satisfeito com a assistência domiciliar, queixa-se da falta de acesso ao tratamento medicamentoso gratuito que considera ideal:

*Vem médico. Os médicos vêm aqui, a gente fica muito satisfeito, agradece muito a Deus, mas aqueles, aqueles remédios, igual uma comparação, se fosse uma coisa que pudesse ter melhora, a gente poder ganhar um remédio mais caro, que a gente pega na farmácia. Aí melhorava, né. Mas com tudo isso, ta bão demais! Bom demais [...] (H7, 84 anos, casado).*

E justifica assim a necessidade de consultar no âmbito da assistência privada e de buscar o remédio via Farmácia Popular:

*Eu pago. Toda vez que eu vou, tenho que pagar. Pago o remédio, pago a consulta. [...] A gente não sente nada, quando adoece às pressas a gente tem que ir lá consultar, aí eu pego a receita, eles me dá a receita e prevalece quatro meses. Vai acabando, eu vou comprando o remédio até quatro meses (H9, 74 anos, casado).*

Dois homens mencionaram a dificuldade de acesso ao serviço de saúde e ao profissional médico quando ainda residiam na área rural, conforme atestam seus relatos:

*Quando morava na roça, precisava de ir no médico tinha que vir aqui, né? [...] no tempo que morava na roça, [...] tinha um, um homem que tratava lá do pessoal, eles lá, da vizinhança dele lá. Mas ele não era médico formado não. Era charlatão (H45, 92 anos, viúvo).*

*De primeiro, era muito difícil. Era tudo muito difícil demais! Hoje... Eu alembro da minha mãe quando ela adoeceu, tem muitos anos, nós tivemos que levar ela no médico lá na roça [...]. Nós tinha que levar no médico lá na roça. Não tinha nem estrada (H11, 69 anos, casado).*

Entretanto, a fala de outro senhor demonstra que na zona rural essa dificuldade de acesso persiste ainda hoje:

*Ah, a minha situação, meu coração dói, dá aquelas fincadas assim, sabe, eu fico é deitado, câimbra nas pernas, hoje eu já tomei remédio pra pressão alta. Então é isso, que se eu for pra roça, como é que pega os remédios? (H41, 79 anos, viúvo).*

Estes dados concordam com o estudo de Veras (2007), que, ao comparar idosos residentes em áreas urbanas, identificou maiores barreiras de acesso na área rural em comparação à urbana, comprometendo o acesso a serviços e medicamentos. Havia obstáculos de acesso inclusive para aqueles que relataram problemas de saúde, e as dificuldades eram ainda maiores entre os mais idosos.

Embora no geral os entrevistados tenham feito uma avaliação do acesso ao serviço de saúde como positiva, um terço dos idosos afirma que procura alternativas para as fragilidades do sistema público no âmbito privado, seja contratando convênios ou pagando profissionais para o cuidado, ou ainda utilizando ambos os sistemas – público e privado – de forma alternada ou concomitante.

Alguns idosos, apesar de se declararem satisfeitos com o serviço público de saúde, preferiram pagar pela consulta particular com os mesmos profissionais que os atendem pelo SUS. Um senhor narra assim a sua rotina de cuidados em saúde:

*[referindo-se ao motivo que faz com que prefira pagar pela consulta] Não, assim, o negócio é esse, por causa dessas consultas que eu fiz no consultório não deu em nada. Igual eu tava conversando com vocês. Tem um médico que é conhecido, então eu tenho aquela confiança de conversar com ele. Que nem eu falei pra ele: eu quero consultar com o senhor, eu quero que o senhor achar, o senhor me esclarecer, que eu acho que é bom saber o quê que tá acontecendo. [referindo-se ao fato de que o médico também atende no posto] Atende, atende. Eu já consultei com ele no posto, umas quatro vez... mas vou te contar a verdade, aqui que eu acho que é.. eu não sei se os outros acha também. As consultas que ele fez pelo SUS, pagando a receita, eu acho que ela é mais encaminhada (H7, 84 anos, casado).*

Uma senhora explica por que prefere pagar pela consulta no Hospital para ter acesso, muitas vezes, ao mesmo profissional que poderia atendê-la gratuitamente no “postinho”:

*[Referindo-se ao hospital] É porque, porque... lá tem mais acesso, né. Pago 10 real lá, a receita. E também dá remédio controlado [...] O remédio vai acabando, aí a minha filha vai lá e conversa com a secretária do médico e ele dá. Aí ele dá a receita (M4, 81 anos, viúva).*

Possivelmente, esse comportamento reflita em parte a crença de que a resolutividade esteja relacionada ao pagamento direto pelo atendimento. O ato de pagar pelo atendimento parece legitimar e garantir o direito que o usuário tem de ser bem-atendido (Giacomin; Couto, 2010; Bós; Bós, 2004; Lima-Costa et al., 2003; Lima-Costa et al., 2002). Ainda que, em tese, o acesso a um bom atendimento seja também direito dos usuários do serviço público, é certo que a falta de dinheiro pode dificultar o acesso à consulta médica e à aquisição do medicamento e funcionar como um obstáculo para manter a regularidade do tratamento (Firmo; Lima-Costa; Uchôa, 2004).

Assim, empiricamente, os próprios idosos administram a ida aos dois sistemas, de acordo com suas necessidades e recursos, como lembra este senhor:

*Tem funcionário de lá que vem aqui quase que pessoalmente. Faz uma entrevista, relativa à saúde. [...] a medicação que eu tenho também é dada pelo SUS porque eu consulto lá, que se eu fosse basear só na renda eu to custando a pagar as fichas médicas. Que eu tenho... um convênio. Mas eu to sendo sugado em setecentos e tantos por mês. Que também não é mole. Eu não tenho outro jeito, a não ser a aposentadoria (H15, 79 anos, casado). (grifos nossos)*

A fragilidade do SUS em termos de propedêutica e o preço do convênio são as justificativas que ele apresenta para procurar soluções fora do SUS:

*[explica que quando precisa do serviço de saúde] Eu vou pelo convênio. Anda mais rápido, que o SUS, que é demorado. Se é alguma doença que requeira mais algum exame assim, é mais demorado ainda. Até conseguir uma vaga pra fazer o exame é difícil. Então disso eu já fujo e vou para o convênio. Tô pagando caro, né? (H15, 79 anos, casado).*

Esses depoimentos reforçam a visão que se tem do SUS como um provedor de baixa qualidade, que demanda um longo tempo para conseguir atendimento e sem garantias de que o atendimento estará disponível em tempo hábil. Isso leva o usuário a buscar o sistema privado, considerado mais seguro, principalmente quando o indivíduo apresenta alguma vulnerabilidade ou doença, mas cujo atendimento pode custar muito caro para a maioria dos cidadãos idosos brasileiros (Bós; Bós, 2004; Farias, 2001).

Muitos idosos, diante das dificuldades percebidas no setor público, optam pelo atendimento no âmbito privado, fato que transforma o poder aquisitivo do usuário em fator determinante de acesso aos serviços de saúde. Ao lidar com a saúde, os idosos bambuienses procuram por alternativas e soluções, dentro e fora do SUS, segundo a sua capacidade de interpretação dos problemas e os seus recursos sociais, culturais e financeiros.

Em Bambuí, as dificuldades da organização do serviço são percebidas, especialmente, no que concerne à falta de médico, como diz essa senhora:

*Porque agora esse posto aqui perto tá sem médico (M10, 72 anos, casada).*

Embora não possa afirmar a razão, uma idosa suspeita das causas que poderiam explicar a alta rotatividade dos profissionais médicos no serviço:

*O problema aqui de Bambuí é que médicos bons geralmente não ficam aqui. Isso é um problema. Que a gente tem isso aí, mas eu não sei o porquê também. Não sei se é política... cobra de médicos aqui. Tem esses médicos antigos daqui, né, então eles... não sei se eles expulsam ou como que é, né... (M38, 68 anos, solteira).*

Infelizmente, essa realidade não é exclusiva de Bambuí:

- em Belo Horizonte (MG), segundo Fonseca (2011), a ESF<sup>1</sup> também enfrenta a rotatividade do médico generalista como um dos maiores entraves para sua implementação e melhora do vínculo entre profissionais e população. Como causas da rotatividade são implicadas: a carência de médicos para atuar na ESF<sup>1</sup>; as formas precárias de contratação; a infraestrutura material ruim oferecida ao médico; a dinâmica da assistência, que é burocrática; e as condições sociopolíticas para desenvolvimento do trabalho, que, muitas vezes, geram entraves.

- em Bandeirantes (PR), ao analisarem os profissionais de curso superior da ESF<sup>2</sup>, Otenio et al. (2008) descrevem as barreiras para o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional. De acordo com os discursos dos trabalhadores, percebeu-se que cada profissional age de forma individual, sem a visão do coletivo, e que falta maior interação entre o gestor e o profissional da assistência. Fica clara a necessidade de novas formas de gestão, de flexibilização das relações de trabalho e de uma resolução de remuneração salarial, com planos de cargos e carreiras e organização do serviço.

Além disso, ao investigar os fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do SUS na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, um estudo demonstrou que diferenças no uso e na satisfação com os serviços em populações aparentemente mais heterogêneas reproduzem-se entre os usuários do SUS, mas em um padrão inverso à lei de cuidados. Aqueles com escolaridade mais baixa, estilos de vida prejudiciais à saúde ou pior avaliação da própria saúde tiveram menos consultas médicas e/ou recomendaram menos os profissionais e serviços que os atenderam. Observou-se que os usuários do SUS possuíam hábitos menos saudáveis e haviam sido submetidos a menos exames de rastreamento em comparação aos beneficiários da medicina suplementar (Lima-Costa; Loyola Filho, 2008).

Com o envelhecimento, a própria forma de organização do atendimento médico foi identificada como importante fonte de dificuldades para os idosos. A idade torna-se um importante obstáculo quando é preciso enfrentar longas filas durante muitas horas para conseguir vagas para consultas médicas nas UBS (Lima-Costa et al., 2003). Além das dificuldades para marcar uma consulta ou para ser atendido gratuitamente, o idoso frequentemente precisa ser acompanhado e, algumas vezes, transportado até o local do atendimento.

No presente estudo, assim como no estudo de Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004), o problema de deslocamento e o tempo dispensado para marcar consultas foram outras dificuldades destacadas pelos entrevistados. Após a consulta, os problemas prolongam-se por causa das dificuldades encontradas para obter o medicamento prescrito (Lima-Costa et al., 2003). Para contorná-los, frequentemente são desenvolvidas estratégias (comprar medicamentos a crédito, deixar de comprar alimentos para comprar remédio, tomar chás que acreditam ser bons para a pressão, apelar para um conhecido que trabalhe no serviço de saúde para facilitar a marcação de uma consulta médica) que podem intervir de forma importante na continuidade do tratamento (Firmo; Lima-Costa; Uchôa, 2004).

Durante as entrevistas, muitos idosos mencionaram que compram ou pedem aos parentes da capital para lhes trazerem os medicamentos que não fazem parte daqueles básicos fornecidos pelo serviço:

*[...] Os tratamentos ou os remédios mais caro não fornece, né? (M10, 72 anos, casada).*

Uma senhora parkinsoniana descreve assim suas dificuldades para custear o tratamento:

*Não, eu pago também. Inclusive, os meus remédios do Parkinson tá ficando muito caro, tá sobrando pouquinho dinheiro pra mim fazer os restos das coisas, né. Alimentar, pagar água, pagar luz, mas aí vai dar um jeito, as meninas conversou com o médico, aí ele falou assim que a próxima vez que eu for lá ele vai preencher um papelzinho pra mandar pra Belo Horizonte pra mim ganhar os medicamentos (M51, 69 anos, viúva).*

Outra idosa que necessita de medicação broncodilatadora relata que pagar pela medicação fica caro e que ela conta com a ajuda do filho para ter acesso ao remédio:

*Fica. É custoso, né, porque é o remédio, gasta muito, que eu tomo remédio diário e é muito. [...] Eu tenho um filho que manda pra mim aquela bombinha, que quando eu fico com bronquite, ele manda de Belo Horizonte todo o mês (M16, 95 anos, viúva).*

Percebe-se na fala dos idosos bambuienses a falta de orientação sobre fluxos estabelecidos para a aquisição de medicamentos de alto custo que exigem o preenchimento de formulários específicos pelo médico. Isso compromete o acesso a direitos assegurados em lei, pelo Estatuto do Idoso (2003):

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (...)

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Portanto, para modificar essa situação, é fundamental que os profissionais da saúde, especialmente o médico, estejam sensibilizados para conscientizar os pacientes sobre seus direitos (Turrini, 2001) e ajudá-los a conseguir o que lhes é oferecido de forma institucional.

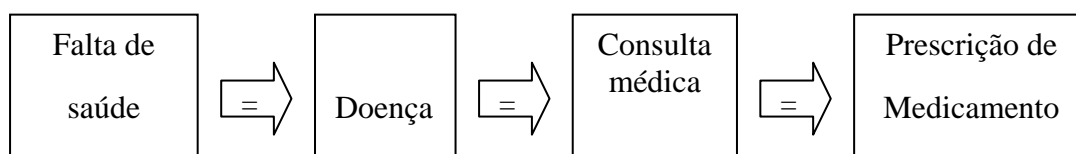
Estudos que avaliam a retenção de informações sobre o diagnóstico, tratamento, orientações sobre o uso da medicação e dietas alimentares e retornos médicos têm mostrado



que apenas metade (Snyder et al. 1976 *apud* Turrini, 2001) ou dois terços (Hulk et al. 1975 *apud* Turrini, 2001) dos pacientes se lembram das informações recebidas. Esta dificuldade provavelmente está ligada a múltiplos fatores como informações não claras emitidas pelo médico e limitações de memória, as quais muitas vezes, relacionadas à ansiedade do paciente sobre seu estado de saúde (Lockamn, 1983 *apud* Turrini, 2001).

Nota-se nos discursos dos idosos um desconhecimento em relação as UBS, por meio de suas equipes, que deveriam incorporar ao seu processo de trabalho diário os princípios da ESF<sup>1</sup> assim como os atributos da APS descritos por Starfield (2002). Ao contrário, é possível perceber nas falas dos usuários que as ações desempenhadas pelo serviço lhes remetem o tempo todo à noção de que o cuidado à saúde se dá na assistência individual, orientada por problemas físicos e doenças, sem qualquer visão de família, comunidade, coletividade.

Nas suas ações, os idosos repetem o modelo biomédico que prevalece nos serviços, traduzido no esquema a seguir:



Neste estudo, assim como no estudo de Barbosa et al. (2009), evidencia-se uma lacuna no que se refere aos processos de trabalho e um déficit de infraestrutura disponível para dar suporte às atividades das equipes. Isso deixa clara a necessidade de atuação e integração das esferas cabíveis na ESF<sup>1</sup> para que se possa, de fato, inverter o modelo de saúde tradicional e abordar a saúde na sua dimensão biopsicossocial e não somente centrada no profissional médico e no fornecimento de medicamentos.

Uma preocupação com aspectos preventivos de doenças ou da incapacidade funcional ou mesmo com a manutenção de um forte vínculo com as ESF<sup>2</sup> não foi observada na fala dos idosos. Tampouco o planejamento de ações de saúde específicas do serviço para este público, o que evidencia a fragilidade da APS e da ESF<sup>1</sup> na área estudada. Na fala dos usuários idosos, não está posto se a ESF<sup>2</sup> seguia algum modelo ou protocolo para padronizar os critérios de priorização para realizarem as visitas domiciliares considerando os usuários que possuíam algum tipo de dificuldade, incapacidade e/ ou necessidade especial. Nenhum dos

usuários, principalmente os portadores de algum tipo de dificuldade mencionaram a garantia de serem prioridade para a visita do médico em sua residência nem ficou clara a periodicidade dessas visitas. O que se viu na fala de alguns idosos com dificuldades de deambular parcial e/ ou total e/ ou dificuldade financeira para pagar transporte particular foi uma dificuldade real de depender da boa vontade de parentes e / ou de transporte sanitário (muitas vezes insuficiente e ineficiente) para se deslocarem até o Serviço de Saúde. A garantia constitucional do atendimento do idoso como prioridade no atendimento não apareceu em nenhuma das narrativas.

De forma semelhante, as ações do gestor do Sistema de Saúde, não aparecem no discurso da população idosa. O que ficou visível foram as dificuldades da gestão em aportar recursos, efetivar as políticas assim como garantir a infra- estrutura e a logística destinadas a uma melhoria das condições de saúde das pessoas idosas e de suas famílias. Essas políticas para o Idoso na atenção primária deveriam estar fortalecidas para proporcionarem de forma integral ao usuário, as ações curativas, mas também aquelas relativas à prevenção de doenças, à promoção da saúde, e à reabilitação de forma resolutiva e eficiente, conforme a demanda de cada caso.

Além disso, fica patente a necessidade de orientar esta população potencialmente frágil no seu cuidado integral à saúde, pois há falhas no sistema em relação aos cuidados longitudinais, e, para que elas sejam sanadas, é de suma importância valorizar os cuidadores formais, que poderão apoiar a família com idosos na superação de suas dificuldades e limitações. Na ausência desse serviço, o idoso busca apoio em sua rede social próxima (família, amigos, vizinhos), a qual muitas vezes está passando por dificuldades semelhantes às dele, o que limita sua capacidade de contribuição para a melhoria do cuidado e condição de saúde.

É razoável supor que para cada perfil funcional os serviços sócio- sanitários devam ofertar diferentes abordagens, sempre buscando a integralidade e o reforço à autonomia e ao auto- cuidado. Contudo, chama a atenção o fato de a cidade de Bambuí, com uma população de idosos acima da média brasileira, ainda não dispor de uma Instituição de Longa Permanência para idosos. Isso expõe o despreparo e ineficiência da cidade para enfrentar as demandas locais para a população idosa, especialmente sua parcela mais frágil.

Com o envelhecimento da população, pode-se esperar um aumento da prevalência de doenças crônicas, da perda de funcionalidade e da necessidade de utilização de serviços médicos, havendo ainda um longo caminho a ser percorrido, especificamente no planejamento e oferta de cuidados adequados a esta clientela, para que o serviço os atenda com qualidade e resolutividade (Giacomin; Couto, 2010). O contexto cultural do usuário também reforça a idéia negativa sobre a velhice.

É preocupante não reconhecer na fala de nenhum dos idosos que os mesmos contam com apoio de profissionais e/ ou programas intersetoriais para melhorar o seu cuidado. Esta lacuna diz muito sobre o distanciamento que prevalece entre as várias políticas que poderiam atuar conjuntamente (Assistência Social, Previdência Social, Direitos Humanos, Educação, Esportes, Igualdade Racial, entre outras), sendo essa intersectorialidade fundamental para os públicos mais vulneráveis, especialmente os idosos.

Estes resultados e sua análise e discussão mostram que os usuários idosos de Bambuí desconhecem seus direitos e que o SUS ainda tem muito o que melhorar até que se consiga efetivar toda a proposta idealizada em portarias, documentos e na Constituição Federal. Saber identificar, conhecer e entender a maneira como os idosos percebem o sistema de saúde é respeitar e valorizar o princípio basilar do SUS, que considera o cidadão como elemento fundador e construtor da política de saúde. Esta conquista representa uma etapa a mais no fortalecimento do SUS, na busca pelo direito integral à saúde e pelo direito à dignidade em todos os ciclos de vida dos cidadãos brasileiros.

## **7 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 7.1 CONCLUSÃO

Desde a criação do SUS, há vinte e quatro anos, é inegável a melhoria do acesso da população brasileira ao serviço público de saúde. Com a criação do PACs e, posteriormente, da ESF<sup>1</sup>, há dezoito anos, estabeleceu-se uma reorganização do primeiro contato ou a “porta de entrada” do sistema e, assim, muitos usuários – inclusive idosos – que antes sequer tinham acesso ao serviço passaram a ser conhecidos e assistidos.

O fortalecimento do SUS passa por ouvir o usuário em suas demandas e constatações, reconhecendo nele o principal interessado e aquele que mais pode dizer sobre o serviço que lhe é ofertado. O intuito desta pesquisa foi dar voz a estes usuários e a partir de suas próprias falas, perceber suas nuances, ler as entrelinhas, para mostrar para os trabalhadores e gestores o outro lado do sistema: como as pessoas idosas que utilizam o SUS – tantas vezes, ignoradas e desconhecidas – percebem e avaliam o que lhes é oferecido ou negado. A pessoa idosa tem ainda a vantagem de ser uma testemunha ocular desse processo e, apesar de todos os percalços, o idoso bambuiense reconhece a constituição do SUS com o um grande avanço.

Apesar disso, nossos resultados revelam que muitos usuários idosos ainda permanecem mal-informados sobre os seus próprios direitos quanto ao acesso ao Serviço Público de Saúde. Em Bambuí a ESF<sup>1</sup> foi implantada há 10 anos, mas na fala dos idosos percebe-se que ainda há muito a ser construído, tanto em termos de vínculo, quanto resolutividade e integralidade. Estão ausentes nas narrativas dos idosos: a noção de abordagem da família, de coletividade e de comunidade. A ideia que prevalece é o atendimento ao indivíduo, esparso e sem noção de continuidade, além de haver registros de falta de comprometimento de alguns profissionais. Nenhum idoso identificou o planejamento de ações pela ESF<sup>2</sup> no âmbito do SUS. As iniciativas de promoção da saúde são recentes (duas academias da cidade) e mesmo na parcela da população que apresenta incapacidade funcional, a reabilitação, quando aparece, o faz apenas como fisioterapia.

Ao contrário do que está proposto dentro dos princípios da APS, a pessoa idosa continua procurando o SUS apenas quando sente algum problema de saúde; para ela a assistência à saúde passa necessariamente pelo médico e à consulta médica, segue-se a

prescrição de algum(ns) medicamento(s) que pode ou não ser conseguido via SUS, a depender da disposição do profissional de saúde em explicar o fluxo para obtenção do remédio. Ao invés da promoção do envelhecimento ativo, até hoje persistem o discurso inadmissível e a prática fatalista de profissionais que justificam sua omissão em frases do tipo “isso é coisa da idade”, “quando piorar, o senhor volta”. Não é por acaso que o idoso que utiliza o SUS desconfia do que lhe é oferecido, duvida da qualidade e da competência dos profissionais que ali trabalham e opta por buscar fora do sistema público recursos que lhe tragam mais esperança em melhorar e em suportar as dificuldades do dia-a-dia.

Os resultados do presente trabalho também alertam gestores, funcionários e usuários do SUS no sentido de apontar que não está sendo garantida a prioridade de atendimento aos idosos. Na fala dos entrevistados eles não se sentem priorizados nos serviços, nem mesmo quando apresentam grave comprometimento funcional. Resta-lhes buscar o apoio da família, dos vizinhos, que muitas vezes passam por condições e precariedade semelhantes, pois o Estado não se apresenta com uma política de cuidados de longa duração.

Para os idosos ainda persiste a visão de saúde não como um direito, mas como uma benesse do governo. O SUS é o espaço “do pobre mesmo”, onde se busca “remédio doado”, ainda assim considerado por alguns como um provedor de qualidade duvidosa, moroso, burocrático e que não oferece garantias de atendimento disponível em tempo hábil, o que faz com que os usuários procurem outras alternativas (pedir aos familiares, pagar convênio ou utilizar do Sistema de Saúde privado) para adquirir e/ ou complementar um melhor acesso ao serviço de saúde e seus recursos.

Diante do exposto, percebe-se que a pessoa idosa se vê sozinha sem apoio institucional na hora que ela está doente ou com dificuldades e encontra-se sem recursos financeiros, estruturais e logísticos. Porém o SUS também se mostra isolado, na medida em que a intersetorialidade não acontece, o que dificulta alcançar o cuidado integral, o que compromete a qualidade e a resolutividade do serviço de saúde principalmente em relação às necessidades reais dos idosos.

É importante que os profissionais e gestores reconheçam no contexto cultural do envelhecimento populacional em que atuam, as ideias da velhice que são tidas como negativas e fatalistas tendo o cuidado para não reforçá-las e perpetuá-las na população em que atuam. Reconhecer estas práticas nocivas e discutí-las ajuda a superá-las o que certamente facilitará para os indivíduos e suas famílias no enfrentamento das dificuldades e problemas de saúde que podem acontecer, ao longo de suas vidas e dos seus processos únicos de envelhecimento.

## 7.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa, espera-se fornecer subsídios para os políticos, gestores e trabalhadores envolvidos com a ESF<sup>1</sup> da cidade de Bambuí e de outros serviços que podem se reconhecer nas falas dos idosos bambuienses, com intuito de refletir sobre sua prática e avaliar de que maneira, quando e como cada um pode contribuir para corrigir as falhas do sistema e buscar melhorar continuamente.

Para que o SUS da teoria se aproxime ao da prática é preciso investir em saúde. Isso significa proporcionar contínuas capacitações para seus gestores e trabalhadores favorecendo que os mesmos aperfeiçoem-se em sua prática. É urgente capacitar às pessoas envolvidas para que elas sensibilizem seu olhar, mas ao mesmo tempo também é premente fornecer-lhes efetivamente as ferramentas suficientes: logística, financiamento e recursos para enfrentar os problemas complexos com os quais se deparam no dia-a-dia, para que o cuidado seja eficaz. Pela educação permanente pode-se esperar que haja melhoria da atuação não apenas em ações curativas, mas também de promoção, prevenção e reabilitação de forma mais segura e resolutiva.

Dessa forma, para fazer valer as conquistas pós- reforma sanitária com a criação da ESF<sup>1</sup> e para que a mesma seja impulsionadora da mudança de paradigma e transformação do foco curativista do modelo assistencial brasileiro, é importante que se atue e se pense na família quando da definição e avaliação das práticas de saúde. Propõe-se que se dê um enfoque estratégico à família, concebendo-a, como propõe Saraceno (1990), como o sujeito dinâmico e não meramente reativo, que faz parte de uma rede de relações de interdependência e que ultrapassa os limites de uma abordagem linear.

Enquanto isso não ocorre, assiste-se à evolução silenciosa de doenças crônicas sem que o serviço dê conta de enfrentar essa realidade, possibilitando o aparecimento e a evolução dos processos de incapacidade funcional, cujas complicações, muitas vezes, não serão acompanhadas de recursos logísticos e financeiros suficientes para superá-las. Infelizmente, a continuar assim, serão os próprios idosos a arcarem com as consequências de todas essas ações ou da falta delas, muitas vezes sem o apoio institucional adequado nem a participação articulada dos outros setores e políticas.

Em todos os níveis do serviço de saúde, é importante gerir o risco sanitário populacional, com base em um diagnóstico situacional adequado que considere os aspectos epidemiológicos, demográficos, recursos associativos, institucionais, comunitários, culturais locais e a escolha de ferramentas efetivas para avaliar e monitorar a prática assistencial. Isso facilita organizar e direcionar os investimentos a serem planejados e aplicados de acordo com as reais necessidades locais.

Para tanto é importante que o cidadão se conscientize e busque desenvolver uma postura pró-ativa para fazer valer os seus direitos, acionando os mecanismos e instituições adequados para conquistarem os seus direitos. Isso inclui a participação de gestores, trabalhadores e usuários. Através do diálogo entre essas partes será possível apontar as dificuldades e buscar a melhoria e aperfeiçoamento do Sistema. Porém os atores envolvidos com o SUS precisam treinar a sua escuta no sentido de conhecerem as falhas do Sistema, principalmente na visão do usuário, e dessa forma, ajudá-los a vencerem as burocracias (des)necessárias para o acesso a insumos, medicamentos e informações e melhorarem assim a qualidade do atendimento prestado com monitoramento adequado.

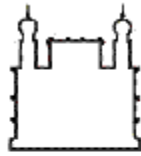
Afinal, a conquista do direito fundamental à Saúde, conforme previsto na Constituição passa pelo fortalecimento das políticas públicas e pela educação em saúde proporcionada pelos gestores e trabalhadores do SUS, seja pelos canais institucionais, pela mídia ou ainda pela atuação dos organismos de controle social e de participação comunitária.

Para construir um novo Sistema de Saúde que acompanhe as mudanças populacionais em todos os ciclos de vida é necessário coragem, vontade de lutar, engajamento político, educação permanente de seus funcionários, investimento adequado e planejamento correto para aplicação eficaz e eficiente dos recursos interferindo na qualidade do atendimento prestado ao cidadão. Isso gera o fortalecimento das políticas públicas no sentido de que elas atendam realmente as necessidades dos cidadãos, de sua família e sua comunidade de forma resolutiva, eficiente e justa.



## **8 ANEXOS**

## 8.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DA DINÂMICA DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS**. Você foi selecionado para participar da pesquisa e o critério que usado foi sua capacidade de responder às perguntas. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Equipe do Programa de Saúde da Família e nem com o Centro de Pesquisa René Rachou.

Os objetivos deste estudo são investigar a sua auto-avaliação de saúde, o que significa incapacidade para você; e, para você, o que pode auxiliar o idoso a enfrentar essa dificuldade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: responder às perguntas que sob seu consentimento serão gravadas. Após as gravações, as fitas e/ou os arquivos ficarão em armário próprio em Belo Horizonte ou em um computador pessoal com acesso restrito. Ao final do estudo, as fitas serão destruídas.

Essa pesquisa não implicará em riscos relacionados a sua participação. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (você será reconhecido não pelo nome e sim pelo número da visita, exemplo: caso você seja a terceira pessoa a ser entrevistada, antes das gravações será dito "Entrevista da participante 3" cadastrado no PSF X). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do CEP – CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Nome e assinatura do pesquisador

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

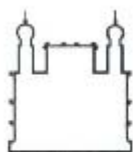
## 8.2 CODIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BAMBUÍ

Equipe	Entrevistado	Sexo	Idade	Estado Civil
ESF C	H 11	Masculino	69 anos	Casado
ESF C	H 12	Masculino	70 anos	Solteiro
ESF B	H 15	Masculino	79 anos	Casado
ESF B	H 18	Masculino	65 anos	Casado
ESF A	H 20	Masculino	69 anos	Solteiro
ESF A	H 21	Masculino	87 anos	Viúvo
ESF E	H 23	Masculino	82 anos	Casado
ESF E	H 25	Masculino	74 anos	Casado
ESF D	H 26	Masculino	85 anos	Viúvo
ESF E	H 29	Masculino	65 anos	Casado
ESF D	H 3	Masculino	75 anos	Casado
ESF E	H 30	Masculino	76 anos	Solteiro
ESF D	H 36	Masculino	61 anos	Casado
ESF E	H 40	Masculino	71 anos	Casado
ESF A	H 41	Masculino	79 anos	Viúvo
ESF C	H 43	Masculino	62 anos	União estável
ESF D	H 6	Masculino	62 anos	Casado
ESF C	H 7	Masculino	84 anos	Casado
ESF B	H 9	Masculino	74 anos	Casado
ESF D	M 1	Feminino	89 anos	Viúva
ESF B	M 10	Feminino	72 anos	Casada
ESF C	M 13	Feminino	66 anos	Viúva
ESF C	M 14	Feminino	88 anos	Viúva
ESF B	M 16	Feminino	96 anos	Viúva
ESF B	M 17	Feminino	61 anos	Casada

ESF A	M 19	Feminino	83 anos	Viúva
ESF D	M 2	Feminino	63 anos	Casada
ESF A	M 22	Feminino	77 anos	Solteira
ESF D	M 24	Feminino	86 anos	Viúva
ESF E	M 27	Feminino	80 anos	Solteira
ESF D	M 28	Feminino	76 anos	Viúva
ESF D	M 31	Feminino	77 anos	Viúva
ESF E	M 32	Feminino	73 anos	Casada
ESF F	M 33	Feminino	74 anos	Viúva
ESF F	M 34	Feminino	81 anos	Viúva
ESF E	M 35	Feminino	93 anos	Viúva
ESF E	M 37	Feminino	68 anos	Casada
ESF F	M 38	Feminino	69 anos	Solteira
ESF F	M 39	Feminino	76 anos	Viúva
ESF D	M 4	Feminino	81 anos	Viúva
ESF C	M 42	Feminino	82 anos	Casada
ESF F	M 44	Feminino	69 anos	Separada
ESF D	M 5	Feminino	77 anos	Viúva
ESF C	M 8	Feminino	83 anos	Viúva
ESF A	H 45	Masculino	90 anos	Viúvo
ESF C	H 46	Masculino	90 anos	Viúvo
ESF A	H 47	Masculino	69 anos	Casado
ESF A	M 48	Feminino	77 anos	Viúva
ESF B	H 49	Masculino	77 anos	Casado
ESF B	H 50	Masculino	96 anos	Casado
ESF A	M 51	Feminino	70 anos	Viúva
ESF F	H 52	Masculino	88 anos	Viúvo

ESF A	M 53	Feminino	82 anos	Viúva
ESF B	M 55	Feminino	86 anos	Casada
ESF F	H 56	Masculino	68 anos	Casado
ESF F	H 57	Masculino	62 anos	Casado
ESF A	M 58	Feminino	88 anos	Viúva

## 8.3 CARTA DE APROVAÇÃO N.º 2/2010 - CEP/CPqRR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética



### CARTA DE APROVAÇÃO Nº 02/2010 – CEP / CPqRR

**Protocolo CEP - CPqRR nº: 29/2009**

**Projeto de Pesquisa:** "ABORDAGEM ANTROPOLOGICA DA DINÂMICA DA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS". Grupo III.

**Pesquisador Responsável:** Josélia Oliveira Araújo Firmo

**Instituição:** Centro de Pesquisa René Rachou

**CAAE:** 0028.0.245.000-09

Ao se proceder à análise o protocolo em questão, constatou-se que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96 CNS / CONEP, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **PROJETO APROVADO.**

Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios:

- Parcial 01: Março 2011;
- Parcial 02: Março 2012;
- Final: Março 2013.

Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Belo Horizonte, 02 de fevereiro de 2009.



  
João Carlos Pinto Dias  
Coordenador do CEP/SH-CPqRR

## **9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(1):97-3.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* de 2003 utilizando o método *Grade of Membership*. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(3):535-46.

Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(5/6):333-41.

Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ; 2002. (Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção a Idosos).

Barbosa ACQ, Rodrigues JM, DA Silva NC, Rocha TAHR. Proposição de metodologia de avaliação de desempenho das equipes de saúde da família e satisfação de usuários: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG; 2009. 82 p. il.

Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3755-68.

Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde Soc* 2007; 16(1):57-68.

Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(12):2441-51.

Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):113-20.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: COSAC; 1994.



Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000 [acesso em 28 jan 2012]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 40 p. il.

Brasil. Estatuto do idoso. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da União 03 out. 2003 – Alterado [acesso em 28 jan 2012]. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>.

Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. [Elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [acesso em 12 jan 2012]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006b. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [acesso em 12 jan 2012]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação [acesso em 12 jan 2012]. Disponível em: <[http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria\\_325\\_210208.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto & Contexto Enferm* 2008; 17(1):64-71. [acesso em 19 jan 2012]. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71417107>>.

Camargo-Borges C, Mishima S, McNamee S. Da Autonomia à Responsabilidade Relacional: Explorando Novas Inteligibilidades para as Práticas de Saúde. *Gerais Rev Interinst Psicol* 2008; 1(1):8-19.

Caramano AA. Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban áreas. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2002. (Texto para discussão 878).

Caramano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):725-33.

Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Harnois G. Les attitudes dans le champ de la santé mentale. Repères théoriques et méthodologiques pour une étude ethnographique et comparative. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS; 1989. (Rapport Technique).

Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. Comprendre pour soigner autrement. Rep'eres pour régionaliser les services de santé mentale. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1990.

Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumaré B, Coulibaly B, Coulibaly M, et al. La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. Paramètres pour un cadre de références. *Psychopathol Afr* 1992a; 24:149-81.

Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumaré B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr* 1992b; 24:183-204.

Corin E, Bibeau G, Uchôa E. Eléments d'une semiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Bwa et Soninké du Mali. *Anthropol Soc* 1993; 17:125-56.

Deslandes SF, GOMES RA. Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ, editores. Pesquisa Qualitativa nos Serviços de Saúde. Petrópolis: Editora Vozes; 2004. P. 99-120.

Di Nubila HBV. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Duarte Y, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(2):317-25.

Facchini LA, Piccini RX, Tomas IE. Subsídios à política de regulação do acesso, formação e capacitação de profissionais da saúde: perfil sociodemográfico, epidemiológico e capacidade instalada em saúde no Brasil. Pelotas: UFPel; 2005. Relatório final.

Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6:405-16.

Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2):187-93.

Firmo JOA, Lima-Costa, MFL, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. Cad Saúde Pública 2004; 20(4):1029-40.

Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. Rev Saúde Pública 2010; 44(1):159- 65.

Fonseca JMV. O generalista na estratégia de saúde da família: um Hércules entre a rotatividade e a utopia. Viçosa. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Nutrição e saúde; 2011.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública 2008; 24(1):17-27.

Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública 2011; 27(2):389-94.

Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books; 1973.

Giacomin, Karla Cristina. Epidemiologia da incapacidade funcional em idosos na comunidade: Inquérito de Saúde de Belo Horizonte e tradução e confiabilidade do instrumento de avaliação funcional SMAF no Projeto Bambuí. Orientação: Maria Fernanda Furtado Lima-Costa, Co-orientação: Maria Elizabeth Uchôa Demichelli. Belo Horizonte: S.D, 2008. 202 p. Tese (Doutorado em Ciências. Área de Concentração: Saúde Coletiva. Subárea: Epidemiologia e antropologia do envelhecimento) – Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas René Rachou. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde [acesso em 29 mar 2012]. Disponível em: [http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/T\\_3.pdf](http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/T_3.pdf). Biblioteca de Ciências da Saúde Prof. Zigman Brener - <http://netra.cpqrr.fiocruz.br/phl82/index.html>.

Giacomin KC, Couto EC. A Fiscalização das ILPIS: O Papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?. Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

Good BJ. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Cult Med Psychiatry* 1977; 1:25-58.

Kleinman A, Good B. Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press; 1985.

Good BJ, Good MJDV. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: Eisenberg L, Kleinman A, editores. The relevance of social science for medicine. Dordrecht, NL: D. Reidel Publishing; 1980. P. 165-96.

Good BJ, Good MJDV. Toward a meaning-centered analysis as popular illness categories: "fright-illness" and "heart distress" in Iran. In: Marsella AJ, White GM, editores. Cultural conceptions of mental health and therapy. Dordrecht, NL: D. Reidel Publishing; 1982. P. 141-66.

Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Alves-Freire MP, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde nas políticas de cuidado integral ao idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira da Idade/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

Hoyos, HPA, Cardona RMA, Correa SD. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Invest Educ Enferm* 2008; 26(2):218-25.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008. Brasília: IBGE, 2009 [acesso em 18 jan 2012]. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/...da.../default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/...da.../default.shtm)<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/%20populacao/...da.../default.shtm>>>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE, 2011 [acesso em 26 out 2012]. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=0>>.

Kleinman A. Patients and healers in the context of cultures. An exploration of borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.

Kleinman A, Good B. Culture and depression: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press; 1985.

Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

Lima-Costa MF, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population based cohort study of the elderly in Brazil. Rev Saúde Pública 2000; 34:126-35.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JOA, Uchôa E, Vidigal PG. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). Int J Epidemiol 2001; 30:887-93.

Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal, PG, Uchôa E, Barreto SM. Projeto Bambuí: plano privado de saúde e utilização de serviços médicos pela população idosa. Cad Saúde Pública 2002; 18(1):177-86.

Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):700-01.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):735-43.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):745-57.

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. Auto-avaliação da saúde de idosos. Rev Saúde Pública 2004; 38(6): 827-34.

Lima-Costa, MF; Loyola Filho, e AI. Fatores associados ao uso e satisfação com os serviços de saúde. Epidemiol Serv Saúde, Brasília, 17 (4): 247-57, out-dez 2008.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(4):941-50.

Loyola Filho, AI; Matos, DL; Giatti, L; Afradique, ME; Peixoto, SV; Lima- Costa, MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2004; 13(4):229-38.

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ESA. Desigualdades no uso e acesso aos Serviços de Saúde entre idosos do Município de São Paulo. Rev Saúde Pública 2008; 42(4):733-40.

Minas Gerais. Secretaria do Estado de Saúde (SES-MG). Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS) [acesso em 27 out 2011]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/integracao-institucional/grs>>.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca das ações de saúde. In: Cecílio LCO, editor. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. P. 117-160.

Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. (Coleção Antropologia & Saúde).

Oliveira FA. Serviços de saúde e seus usuários: Comunicação entre Culturas em uma Unidade de Saúde Comunitária. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social] - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.

Organização Mundial de Saúde. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, URSS: The World Health Organization; 1978.

Organização Mundial de Saúde. Uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 144 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).

Otenio CCM, Nakama L, Lefèvre AMC, Lefèvre F. Trabalho Multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. Saúde Soc 2008; 17(4):135-50.

Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad Saúde Pública 2005; 21(1):7-19.

Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(4):967-974.

Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saúde Pública 2007; 41(5):757-68.

Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2001; 35(3):303-11.

Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(3):657-67.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):793-98.

Saraceno C. The concept of family strategy and its application to the family-work complex: some theoretical and methodological problems. In: Bom K, Sussman M, editors. Cross-Cultural Perspectives on Families, Work and Change. Binghamton: The Haworth Press Inc.; 1990. P. 1-18.

Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab. Educ. Saúde* nov.2011-fev.2012; 9(3): 479-503.

Silveira YMSC, Ramires JCL, Silva TP. Estratégia de Saúde da Família: Cultura e saúde na construção de um novo modelo de atenção básica no bairro Morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais/ Brasil. *Rev Geog de América Central* 2011; Número Especial EGAL:1-17.

Souza ECF. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl 1):100-10.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.

Turrini RNT. Percepção dos Usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(4):497-504.

Uchôa E. Epidemiologia e antropologia. Contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. P. 87-109.

Uchôa, E; Firmo, JA; Lima- Costa, MF. Antropologia, saúde e envelhecimento./ Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 212p. (Coleção Antropologia & Saúde).

Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):849-53.

Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, CORIN E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(Supl. 3):370-7.

Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38(1):1-14.

Veras R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2463-6.



Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. Cad Saúde Pública 2007; 23(10):2479-89.

Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev Bras Estud Popul 2006; 23(1):5-26.

World Health Organization. Literature review of the WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) and rehabilitation of people with disabilities. Strasbourg: WHO; 1998.

World Health Organization. National Health Systems and their reorientation towards health for all. Guidance for policy-making. Geneva: WHO; 1984 [acesso em 22 dez 2011]. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_77.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_77.pdf)>.

World Health Organization. The WHO Family of International Classifications. Strasbourg: WHO; 2001a [acesso em 15 jan 2011]. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>>.

World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. Strasbourg: WHO; 2001b [acesso em 21 jan 2012]. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>.