

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

DOANE MARTINS DA SILVA

**O COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**

Belo Horizonte
2018

DOANE MARTINS DA SILVA

**O COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marília Alves.

Belo Horizonte
2018

Silva, Doane Martins da.

SI586c O cotidiano de trabalho de profissionais da estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso [manuscrito]. / Doane Martins da Silva. -- Belo Horizonte: 2018.

130f.: il.

Orientador (a): Marília Alves.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Envelhecimento da população. 2. Saúde do Idoso. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WT 30

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colppgrad@enf.ufmg.br



ATA DE NÚMERO 100 (CEM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA DOANE MARTINS DA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezoito, às 10:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "O COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO", da aluna *Doane Martins da Silva*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Efigênia Ferreira e Ferreira, Ricardo Bezerra Cavalcante, Isabela Silva Cancio Velloso e Mirela Castro Santos Camargos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2018.

Prof. Dr^a. Marília Alves
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr^a. Efigênia Ferreira e Ferreira
(UFMG)

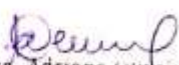
Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante
(UFSJ)

Prof. Dr^a. Isabela Silva Cancio Velloso
(EE/UFMG)

Prof. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 05/03/2018


Profa. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

AGRADECIMENTOS

Em especial, agradeço a minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Marília Alves, pela preciosa orientação, apoio, confiança e amizade. Obrigada pela partilha do saber, motivação e estímulo constante na busca de conhecimentos, essenciais à minha formação académica. Não há palavras que possam expressar a gratidão, admiração e o carinho que tenho por você.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, pelos conhecimentos compartilhados, e aos servidores da secretaria da Pós-Graduação pela atenção e disponibilidade.

À Secretaria de Saúde de Montes Claros, pela anuência com a pesquisa, e aos profissionais de saúde que gentilmente aceitaram participar deste estudo.

Aos membros da banca de qualificação e defesa pelas sugestões, essenciais para o aprimoramento deste estudo.

Às professoras Líliliana Xavier e Célia Freitas, pelas valiosas orientações, fundamentais para a construção desta tese e pela acolhida carinhosa na Universidade de Aveiro, Portugal.

À CAPES pela concessão da bolsa de doutorado e por oportunizar o estágio doutoral em Aveiro.

À Deus, por me sustentar nesta caminhada.

À minha família, em especial, aos meus pais Saul e Madalena e irmãos Douglas e Débora, grandes pilares da minha jornada, sempre me encorajando a assumir desafios e a superar dificuldades. Ao meu esposo, Fernando, pelo amor e por partilhar angústias, alegrias e conquistas. A vocês, meu amor e gratidão eternos.

Às minhas queridas amigas Hanna, Danielle, Renata e Elana. Vocês são especiais e tornaram a minha caminhada no doutorado mais leve e feliz!

Aos amigos Ângelo, Tatiane e Saulo, pelo apoio e torcida. Mesmo longe, se fizeram presente e me transmitiram carinho!

À Marina e Dianna, pelo auxílio em diferentes etapas deste trabalho.

Minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

O envelhecimento populacional evidencia a necessidade de organização dos serviços de saúde e de novas práticas que contemplem as especificidades da população idosa, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada preferencial para usuários ao sistema de saúde. Este estudo tem como objetivo geral analisar o cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso. Foi realizado um estudo de caso único, de abordagem qualitativa, fundamentado nos estudos do cotidiano de Michel de Certeau. Participaram do estudo 21 profissionais de equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) e três ocupantes de cargos estratégicos, do município de Montes Claros, Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e observação, no período de maio a julho de 2016. As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo Temática e as observações realizadas enriqueceram o processo de análise dos dados. Foram organizadas quatro categorias de análise: “O fazer cotidiano de profissionais de equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso”; “Fluxos de atendimento ao idoso: entre mapas e percursos”; “*Em vista do que tinha já melhorou bastante*”; e “Perspectivas para a atenção ao idoso na ESF: necessidade de efetivar e definir novas estratégias”. A primeira categoria revelou um fazer cotidiano centrado nas estratégias normatizadas pelo Ministério da Saúde, priorizando patologias e atenção à mulher e criança, sem atividades específicas para a população idosa. Os profissionais usam táticas para incluir idosos em consultas médicas, priorizá-los nas visitas domiciliares e grupos de educação em saúde, fazendo adaptações. A segunda categoria descreve os fluxos formais de encaminhamento de idosos pela ESF para serviços de referência do município e rupturas decorrentes do desconhecimento dos profissionais sobre os atendimentos nestes serviços; critérios para referenciamento do idoso; demora no atendimento nos serviços de referência; dificuldades na contrarreferência e da ESF em executar o plano terapêutico. A terceira categoria mostra como aspectos favoráveis à atenção ao idoso, a proximidade da ESF com os domicílios dos usuários, acesso a consultas médicas e a medicamentos, visita domiciliar e atividades de grupo. A quarta categoria trata das estratégias a ser efetivadas na ESF, como a capacitação profissional; práticas de prevenção e promoção da saúde; uso de instrumentos específicos para o acompanhamento da saúde do idoso; melhorias na infraestrutura das unidades; aumento de cotas de exames e consultas especializadas. Os profissionais perspectivam novas estratégias para a atenção à saúde do idoso na ESF, como a redução do número de usuários cadastrados nas equipes e política municipal do idoso. Conclui-se que, o cotidiano de trabalho de profissionais de equipes de Saúde da Família é marcado por estratégias gerais de atenção à população e necessita de ações específicas para a população idosa, o que requer novos modos de fazer pelos sujeitos praticantes na atenção ao idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento da população. Saúde do idoso. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Population aging shows the need for the organization of health services and new practices that contemplate the specificities of the elderly population, especially in the Family Health Strategy (FHS) as a preferential gateway for users of the health system. This study aims to analyze the daily work of professionals of the FHS in the attention of the health of the elderly. A single case study was conducted, with a qualitative approach, based on the studies of Michel de Certeau's *Daily Life*. The participants of the study were 21 professionals of Family Health teams (doctors, nurses and community health agents) and three others who occupy strategic positions, from the municipality of Montes Claros, Minas Gerais. The data was collected through an interview with semi-structured script and observation, during the period of May to July 2016. The interviews were submitted to the Thematic Content Analysis and the observations made enriched the process of data analysis. Four categories were organized "The daily practice of professionals of Family Health teams in the health care of the elderly"; "Service flows for the elderly: between maps and pathways"; "*In view of what it was it has already improved*"; and "Perspective of attention to the elderly in the FHS: the need to actualize and define new strategies. The first category revealed a daily work focused on the strategies for assistance normalized by the Ministry of Health, prioritizing pathologies and attention to women and children, without specific activities for the elderly population. The professionals use tactics to include the elderly in medical appointments, prioritize them in home visits and make adaptations for health education groups. The second category describes the formal routing flows of the elderly by the FHS to referenced services of the municipality and ruptures of the flow due to lack of knowledge of the professionals about the attendance in these services; criterias for referencing the elderly; delay in referral services; difficulties in counter-referencing and the FHS in implementing the therapeutic plan. The third category shows as favorable aspects to the attention to the elderly the proximity of the FHS to the homes of the users, access to medical appointments and medication, home visits and group activities. The fourth category deals with strategies to be implemented in the FHS, such as professional training; prevention and health promotion practices; use of specific instruments to monitor the health of the elderly; improvements in the infrastructure of the units; increased quotas of examinations and specialized consultations. The professionals envisage new strategies for the health care of the elderly, such as the reduction of the number of registered users in the health care teams and the municipal policy of the elderly. It is concluded that the daily work of the Family Health teams is marked by general strategies of attention to the population and needs local and specific adaptations for the elderly population, which requires new ways of doing by the subjects practicing the attention to the elderly.

Keywords: Demographic Aging. Health of the Elderly. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Esquema conceitual da tese.....	45
Figura 2- Localização da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais..	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais documentos legais voltados para a população idosa no Brasil.	20
Quadro 2- Constituição dos participantes do estudo. Montes Claros, 2016.	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
AVD	Atividades da vida diária
CAB	Caderno de Atenção Básica
CF	Constituição Federal
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais
CRASI-EFO	Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso Eny Faria de Oliveira
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Humanas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	15
2.1 O envelhecimento populacional e as políticas públicas de saúde no Brasil	15
2.2 A Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde do idoso	25
3 APROXIMAÇÃO AO COTIDIANO EM MICHEL DE CERTEAU: ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS	35
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	46
4.1 Caracterização do estudo	46
4.2 Cenário do estudo.....	48
4.3 Participantes do estudo.....	50
4.4 Procedimentos para coleta de dados	52
4.5 Instrumentos de coleta de dados	53
4.6 Análise dos dados.....	55
4.7 Considerações éticas.....	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1 O fazer cotidiano de profissionais de equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso	59
5.2 Fluxos de atendimento ao idoso: entre mapas e percursos	70
5.3 “ <i>Em vista do que tinha já melhorou bastante</i> ”	79
5.4 Perspectivas para a atenção ao idoso na ESF: necessidade de efetivar e definir novas estratégias	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A	126
APÊNDICE B	127
APÊNDICE C	128
ANEXO A	129
ANEXO B	130

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. A redução dos níveis de mortalidade precoce e aumento da esperança de vida da população associam-se, sobretudo a ações de saúde pública, como o maior acesso da população a redes gerais de água e esgotamento sanitário e acesso à atenção à saúde (VASCONCELOS; GOMES, 2012; SILVA; YAZBEK, 2014).

O envelhecimento da população vem ocorrendo mundialmente e em ritmos diferentes, de modo mais acentuado nos países em desenvolvimento. Na atualidade, estima-se que 12% da população mundial tenham mais de 60 anos. A Europa tem o maior percentual da população acima de 60 anos (24%), mas o rápido envelhecimento vai ocorrer em outras partes do mundo, de modo que, até 2050, as principais regiões do mundo, exceto a África, tenham quase um quarto ou mais da população constituída por idosos (UNITED NATIONS, 2015). No Brasil, o contingente de idosos chega a 21 milhões, aproximadamente 10,8% da população total do país. Estima-se que, em 2050, o Brasil terá a sexta maior população idosa em números absolutos do mundo (IBGE, 2010).

O aumento da população idosa tem fomentado reflexões sobre as repercussões sociais, econômicas e, em especial, na área da saúde, o que exige resposta do Estado por meio de políticas públicas de saúde (DARDER; CARVALHO, 2012). Em face do grande contingente, gestores e profissionais devem considerar a necessidade de planejamento e gestão de serviços de saúde que sejam capazes de responder às demandas decorrentes do aumento de idosos (MENDES et al., 2012a; VERAS, 2012).

No que tange às políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, o Brasil conta com algumas legislações que, em linhas gerais, definem a organização dos serviços e atribuições dos profissionais, visando à contribuição para o envelhecimento ativo. Dentre as políticas públicas de saúde voltadas para os idosos ressaltam-se a Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências (BRASIL, 1994); a Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999); a Lei Nº 10.741, de 1º de outubro

de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências (BRASIL, 2003). Destaca-se também a Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a). No Pacto pela Vida, a saúde do idoso emerge como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (BRASIL, 2006a).

O caminho proposto no Pacto pela Vida para a efetivação da atenção à saúde dos idosos é o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a). Neste mesmo ano, foi publicada a Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, que possui diretrizes que norteiam as ações nas três esferas do SUS (BRASIL, 2006b). Na PNSPI, ficou definido que a atenção à saúde da população idosa tem como porta de entrada a APS/ESF, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade, por considerar que nem todas as necessidades de saúde dos idosos podem ser atendidas na ESF (BRASIL, 2006b).

A saúde dos idosos foi incluída como uma das ações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2006c). Em 2011, a PNAB foi reformulada, através da Portaria nº 2.488, sendo reafirmada a eleição da Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da AB (BRASIL, 2011a). Em 2017, foi instituída a Portaria nº 2.436, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Política não especifica ações segundo os diferentes ciclos de vida e refere que compete aos profissionais praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade (BRASIL, 2017).

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no Brasil, tendo como objetivo reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios. Na Saúde da Família a atenção deve ser centrada na abordagem à família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social, com o intuito de

possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da intervenção que não se restrinja a práticas curativas, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2011a).

A melhoria das condições de saúde das pessoas em processo de envelhecimento vem sendo assegurada pelo desenvolvimento de ações que tem como base a comunidade, como é o caso da ESF, em seu princípio de atuar junto às famílias em seus territórios (CERVATO et al., 2005). A atuação dos profissionais em uma comunidade adscrita e a atenção domiciliar possibilitam o conhecimento da realidade do idoso e sua família (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Assim, a ESF é potencializadora na reorganização de um modelo de atenção capaz de desenvolver ações preventivas e assistência qualificada para os idosos já acometidos por doenças crônicas e/ou incapacitantes (VERAS, 2003).

Entretanto, embora sejam reconhecidas mudanças em função da expansão da ESF nos últimos anos, estudos revelam desafios e dificuldades que permeiam o seu aperfeiçoamento como o acesso dos usuários, a falta de complementaridade entre equipes de Saúde da Família e o sistema de referência e contrarreferência nos diferentes pontos de atenção, necessidade de capacitação dos profissionais para intervir no processo de envelhecimento e no desenvolvimento de práticas de promoção da saúde dos idosos (MARTINS et al., 2014; ARAÚJO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014; MEDEIROS; MORAIS, 2015).

Neste cenário complexo, os profissionais da ESF se veem desafiados a instituírem práticas para atender a demanda de usuários idosos residentes em áreas de abrangência de equipes de saúde da família. Assim, ao reconhecer a relevância da ESF na atenção aos idosos, delinea-se como objeto de estudo o cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso.

A ESF como um espaço de atenção à saúde do idoso denota a importância de se compreender essa atenção focalizando o vivido, o singular e local, construído pelos profissionais de saúde das equipes – o plano micro – que, ao mesmo tempo, se entrelaça ao plano macro (aquilo que advém do Ministério da Saúde (MS) sob a forma de regulamentações). Nessa perspectiva, fez-se a opção por lançar o olhar do cotidiano, na perspectiva dos estudos de Michel de Certeau, sobre o objeto de estudo, para a análise do cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde

do idoso por meio da pluralidade de experiências de diferentes sujeitos. O cotidiano é entendido como:

aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente [...] O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio-caminho de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada. [...] O que interessa ao historiador do cotidiano é o Invisível... Não tão invisível assim (CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2013, p. 31).

No cotidiano, encontram-se inseridas uma diversidade de práticas que são articuladas, na concepção de Certeau (2012), em estratégias e táticas cotidianas. As práticas cotidianas representam as maneiras de fazer, organizadas socialmente em um determinado tempo e espaço. As estratégias são cálculos de relações de força que se tornam possíveis a partir do momento em que um sujeito de querer e poder é isolável das exterioridades, ou seja, as estratégias postulam um lugar circunscrito como um próprio e capaz de servir de base a partir da qual se podem gerir as relações com uma exterioridade de alvos e ameaças (CERTEAU, 2012). Certeau nos leva a pensar nas estratégias como ações calculadas e sistematizadas em torno de um objetivo ou normatização, essas estratégias, comumente tendem a fazer materializar os interesses de quem as formulou (VIEIRA, 2012).

A tática é “um cálculo que não pode contar com um lugar próprio, nem, portanto, com uma fronteira que distingue o outro com totalidade visível” (CERTEAU, 2012, p. 45). Pelo seu não lugar, a tática depende do tempo, aproveitando as ocasiões como possibilidades de ganho. O que ela ganha não o guarda (CERTEAU, 2012). Dentro dos movimentos estratégicos, irrompem os movimentos táticos (VIEIRA, 2012).

A contribuição do cotidiano na perspectiva dos estudos de Michel de Certeau para este estudo está associada ao fato deste referencial permitir analisar, no cotidiano de trabalho do microcontexto de equipes de Saúde da Família, estratégias e táticas, inseridas simultaneamente em *lugares* e *espaços*, percorrendo *mapas* e *percursos*. Ao focar microcontextos, as contribuições de Certeau nos suscita a pensar no cotidiano do trabalho em saúde como espaço de práticas criativas dos profissionais, de forma a realizar o cuidado aos idosos.

Os estudos do cotidiano na perspectiva de Michel de Certeau numa ótica que destaca as construções e invenções dos profissionais de saúde, permite revelar possibilidades e limites das estratégias formalizadas nas políticas em saúde do idoso e formas de apropriação destas estratégias, dando espaço às táticas empreendidas

pelos atores protagonistas da atenção ao idoso. Ademais, é possível evidenciar as contribuições dos estudos do cotidiano, como constructo teórico na abordagem de Certeau para as pesquisas no campo da saúde e enfermagem, como já reportado em estudos (SANTOS et al., 2014; GONZALEZ- SANZ; NOREÑA-PENA; AMEZCUA, 2017).

Adota-se, neste estudo, o pressuposto de que no cotidiano de trabalho com os idosos, os profissionais da ESF se orientam pelo que é determinado legalmente (estratégias), mas, também, desenvolvem táticas próprias, reinventando o contexto da atenção à saúde do idoso.

A partir do exposto, emergiram os seguintes questionamentos: Como é o cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso? Quais as estratégias para a atenção à saúde do idoso na ESF e como estas têm sido utilizadas no cotidiano? Quais as táticas estabelecidas no cotidiano de trabalho por profissionais de equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso? Quais os fluxos do usuário idoso na rede de serviços de saúde, a partir do encaminhamento da ESF, e as dificuldades nestes fluxos?

A partir desses questionamentos elencou-se como objetivo geral do estudo: analisar o cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso e, como objetivos específicos, identificar estratégias relacionadas a atenção à saúde do idoso desenvolvidas por profissionais da ESF; identificar táticas dos profissionais de equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso; compreender os fluxos estabelecidos para o encaminhamento de idosos, a partir da ESF, para outros serviços de atenção ao idoso, e as dificuldades nestes fluxos.

Reconhece-se que, embora existam políticas públicas e documentos oficiais do MS (nível macro) direcionadas para a população idosa, que definem estratégias para a organização dos serviços e estabelecem ações a serem desenvolvidas pelos profissionais (BRASIL, 1994; BRASIL, 1999; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), pouco se conhece sobre as ações desenvolvidas em diferentes realidades dos municípios brasileiros, tendo em vista que a ESF assume configurações particulares de acordo com os contextos locais. Assim, torna-se relevante a análise do cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção ao idoso em um município do interior do estado de Minas Gerais (MG).

Acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para a reflexão de profissionais e gestores sobre aspectos importantes do cotidiano da atenção à saúde do idoso, oferecendo subsídios para a organização e o planejamento de ações na ESF. E ainda, possibilitará conhecer como as políticas públicas em saúde voltadas para os idosos que, *per sí*, representam um conjunto de estratégias, e as táticas dos profissionais, se revelam no cotidiano da ESF, ampliando o conhecimento sobre diferentes maneiras de fazer com os recursos disponíveis em um dado contexto.

Esta tese é composta por esta introdução, que contempla a contextualização do objeto de estudo, a problematização da pesquisa e os objetivos do estudo. Após, foram discutidas temáticas que alicerçam o objeto de estudo. Na aproximação com o objeto de estudo, foram discutidos os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento e as políticas públicas de saúde voltadas a população idosa; e a ESF na atenção à saúde do idoso, com um enfoque em instrumentos legais que tratam da organização das equipes de Saúde da Família no atendimento à população idosa. Em seguida, contempla-se a fundamentação teórica do estudo, pautada na abordagem de Michel de Certeau sobre o cotidiano, sendo tratadas as noções centrais desenvolvidas por Certeau, como *estratégias, táticas, lugar, espaço, mapas e percursos*. Tais conceitos alicerçaram a análise e discussão dos resultados aqui produzidos. Na trajetória metodológica, estão descritos a caracterização do estudo, cenário do estudo, participantes do estudo, procedimentos e instrumentos de coleta de dados, análise dos dados e as considerações éticas. Em seguida, são apresentados os resultados e a discussão, que revelam o cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso em quatro categorias de análise, a saber: 1. O fazer cotidiano de profissionais de equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso; 2. Fluxos de atendimento ao idoso: entre mapas e percursos; 3. “*Em vista do que tinha já melhorou bastante*” e, 4. Perspectivas para a atenção ao idoso na ESF: necessidade de efetivar e definir novas estratégias. Por fim, são apresentadas as considerações finais onde são sintetizados os achados, apontadas contribuições, limites do estudo e perspectivas para futuras investigações.

2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

Com o intuito de contextualizar o objeto de estudo, o caminhar pela literatura aborda os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento, as políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa e a atenção à saúde do idoso no contexto da ESF, sendo abordados instrumentos legais que tratam da organização das equipes de Saúde da Família no atendimento à população idosa.

2.1 O envelhecimento populacional e as políticas públicas de saúde no Brasil

O envelhecimento populacional é uma realidade na maioria das sociedades, embora a velocidade com que se processam as mudanças demográficas venha se manifestando de forma distinta em diversas partes do mundo, dada as condições históricas e ao desenvolvimento social e econômico nos diferentes países. Na atualidade, estima-se que 12% da população mundial tenham mais de 60 anos (UNITED NATIONS, 2015). Projeções apontam que em 2050 haverá 22% de idosos com 60 anos e mais, dobrando em quatro décadas a população idosa mundial (UNITED NATIONS, 2009).

A transição demográfica é marcada pela redução nas taxas de natalidade e mortalidade precoce, com importantes mudanças na estrutura populacional e, no Brasil, é verificado um rápido envelhecimento populacional, ao contrário do que ocorreu nos países desenvolvidos, em que essa transição ocorreu de forma lenta e gradual (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional se encontra em estágios avançados (ANS, 2011). A queda da mortalidade em todas as faixas etárias e na maioria dos países está relacionada aos progressos médico-tecnológicos e de infraestrutura urbana (ANS, 2011).

A transição demográfica nos países em desenvolvimento, latino-americanos e asiáticos, tem sido mais acelerada do que nos desenvolvidos (BRITO, 2008). O percentual de idosos observado na Europa em 2010 (24%) será alcançado pelo Brasil em 2050, enquanto que os atuais 11% do Brasil será alcançado pela África somente em 2050 (UNITED NATIONS, 2009). A França, por exemplo, levou mais de um século para que sua população com idade igual ou superior a 65 anos aumentasse de 7%

para 14% da população total, enquanto que no Brasil esse crescimento ocorrerá em duas décadas (IES, 2013).

No Brasil, a transição demográfica é acompanhada por uma transição epidemiológica, porém, de uma forma diferente do modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos (MENDES, 2013). Há no país uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, coexistindo no perfil epidemiológico do Brasil as doenças infecciosas e as causas maternas e perinatais, além do crescimento das causas externas e da dominância das doenças crônicas e seus fatores de riscos (MENDES, 2013).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial as doenças cardiovasculares, que aumentam com a idade, são as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo (WHO, 2014a). Das 38 milhões de mortes globais por DCNT em 2012, mais de 40% foram mortes prematuras ocorridas antes dos 70 anos de idade (WHO, 2014a). As doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer, além de provocar pressão sobre os serviços de saúde (SCHMIDT et al., 2011). Esse cenário demonstra a necessidade de ações que assegurem o cuidado às doenças crônicas, a promoção da saúde e prevenção destas doenças (MIRANDA; MENDES, SILVA, 2016).

O contexto de transformações demográficas e no perfil epidemiológico da população brasileira tem gerado desafios sociais, econômicos e para os sistemas e serviços de saúde. O aumento da proporção de idosos tem levado ao aumento nas taxas de condições crônicas, o que ocasiona também o aumento no uso dos serviços de saúde, nas internações hospitalares e nos gastos do setor saúde (VERAS, 2016; BIERHALS et al., 2017). Contudo, a menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde, em virtude do acesso da população a serviços adequados, o que permite melhor qualidade de vida na fase de envelhecimento (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Os desafios advindos do envelhecimento populacional no campo da saúde demandam uma mudança na lógica de organização dos sistemas e serviços de saúde que vem se preocupando, em níveis mundial e nacional, predominantemente com

outras faixas etárias (FONSECA et al.,2008). Exige-se a transformação dos sistemas de saúde do modelo de cura para a prestação de cuidados abrangentes, com foco nas necessidades dos idosos.

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades (BRASIL, 2006b). A realidade demográfica e epidemiológica no Brasil requer mudanças urgentes nos modelos de atenção à saúde da população idosa, com estruturas inovadoras e ações diferenciadas para que o idoso usufrua integralmente dos anos vividos (WHO, 2012).

A este respeito, Veras (2011) destaca que como consequência de uma população mais envelhecida, a manutenção da saúde, independência, autonomia e o retardamento de doenças e fragilidades em uma população mais velha serão os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), divulgou em 2011 o documento “Financiamento da Saúde dos Idosos em Países Selecionados - Relatório Executivo” que buscou identificar, na experiência internacional, as principais políticas voltadas para atender às demandas de saúde dos idosos, incluindo a perspectiva das políticas intersetoriais, tanto no âmbito do governo quanto nas práticas do setor privado (ANS, 2011).

Além do Brasil, foram estudados Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França e Inglaterra. As diferentes configurações dos sistemas de proteção social nos países tornaram complexa a comparação entre as diferentes experiências estudadas. Os principais resultados apontaram que dos países estudados, apenas os Estados Unidos possuem um programa, na modalidade de seguro social, específico para a cobertura da assistência à saúde dos idosos, o Medicare (ANS, 2011).

A análise da experiência australiana revelou uma diversidade de programas públicos voltados para a população idosa e iniciativas em curso no mercado de seguros-saúde. O destaque é para o Programa de Desconto (subsidiado pelo Governo) para idosos, que subsidia e incentiva a adesão e a permanência dessa parcela da população em seguros-saúde privados. Existe no país uma ampla cobertura de serviços de saúde e disponibilidade de programas de cuidados

prolongados financiados pelo governo federal em conjunto com os governos estaduais e dos territórios (ANS, 2011).

Nos demais países, Alemanha, Canadá, Espanha, França e Inglaterra, não foram identificados mecanismos de financiamento da saúde voltados exclusivamente para essa parcela da população. As políticas e estratégias de atenção à saúde do idoso, bem como os modelos de financiamento nesses países, estão atrelados ao sistema de proteção social e financiamento da seguridade (ANS, 2011).

O Fundo de População das Nações Unidas destacou no “Resumo Executivo Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio” que, embora muitos países tenham realizado importantes avanços na adaptação das suas políticas públicas fundamentais, é necessário direcionar mais esforços para assegurar que pessoas mais velhas possam alcançar seu potencial (UNFPA, 2102). Neste documento, dentre as mais urgentes preocupações dos idosos está a garantia do acesso a serviços de atendimento em saúde para a terceira idade, incluindo atendimento médico preventivo, tratamento e cuidados de longo prazo; a necessidade de políticas de promoção de estilos de vida saudáveis, tecnologia assistiva, pesquisa médica e cuidados de reabilitação; e a capacitação de cuidadores e profissionais da saúde que trabalham com idosos (UNFPA, 2102).

No Brasil, ao longo das últimas décadas, no âmbito político-organizacional, à luz das orientações internacionais de assembleias realizadas em Viena (em 1982) e outra em Madri (em 2002), atentou-se para a inclusão do envelhecimento na agenda das políticas públicas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Em 1982, foi realizada em Viena a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, considerada o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa e que resultou na aprovação de um plano global de ação, cujos objetivos eram garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países (CAMARANO; PASINATO, 2004). O Plano Internacional de Ação foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Em 2002, foi a realização da 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri, que aprovou uma nova declaração política e um novo plano de ação para servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI (CAMARANO; PASINATO, 2004). O plano de ação fundamenta-se em três princípios básicos: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e, c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Outro importante marco político internacional é o documento “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” de 2002, da OMS, constituindo-se no marco político do envelhecimento ativo, que serviu como base para a elaboração de políticas em vários países, incluindo o Brasil (WHO, 2005; ILC-BRASIL, 2015). O envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das *oportunidades de saúde, participação e segurança*, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2005).

O marco político do envelhecimento ativo representou uma mudança significativa de paradigma, deixando de lado o foco restrito à prevenção de doenças e o cuidado à saúde (ILC-BRASIL, 2015). O marco político foi projetado tanto para indivíduos quanto para grupos populacionais, objetivando permitir que as pessoas realizassem seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e que participassem na sociedade e, ao mesmo tempo, assegurando às pessoas proteção, segurança e cuidado adequados quando necessário (ILC-BRASIL, 2015). Aos componentes fundamentais do envelhecimento ativo - saúde, participação e segurança -, foi adicionado outro componente: a aprendizagem ao longo da vida (ILC-BRASIL, 2015).

O envelhecimento ativo adota a meta de melhorar a saúde da população e de reduzir as desigualdades envolvidas nesta para que se possa alcançar pleno potencial de saúde ao longo do curso de vida. Trata-se de estimular práticas que assegurem a saúde em todas as fases da vida, inclusive na velhice, com a adoção de estilos de vida saudáveis (ILC-BRASIL, 2015). O componente saúde requer ações de prevenção da doença, o tratamento, o apoio e o cuidado, necessários à reabilitação e à preservação da qualidade de vida (ILC-BRASIL, 2015). A participação significa o engajamento em qualquer causa social, cívica, recreativa, cultural, intelectual ou

espiritual que dê significado à vida e promova um sentimento de realização e de pertencimento (ILC-BRASIL, 2015). O pilar segurança reconhece que na ausência da segurança, as pessoas não podem desenvolver plenamente seu potencial nem envelhecer ativamente. Os idosos estão sujeitos a frequentes ameaças à segurança (ILC-BRASIL, 2015). A aprendizagem ao longo da vida é um pilar que sustenta todos os outros pilares do envelhecimento ativo, sendo reconhecida que a aprendizagem é importante não somente para assegurar uma vaga no mercado de trabalho e empregabilidade, mas também para favorecer o bem-estar (ILC-BRASIL, 2015).

No Brasil, a Constituição Federal (CF) de 1988 foi o marco inicial dos avanços em políticas de proteção social aos idosos, sendo introduzido o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania (BRASIL, 1988). Acessos à saúde e à educação também foram garantidos pela CF para toda a população, bem como assistência social para os necessitados (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O quadro abaixo sintetiza os principais documentos legais voltados para a população idosa no Brasil.

Quadro 1 - Principais documentos legais voltados para a população idosa no Brasil.

Legislação	Ações/Regulamentações
Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994	Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996	Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.
Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999	Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso.
Portaria MS nº 702 de 12 de abril de 2002	Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.
Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002	Aprova as normas para cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do idoso.
Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006	Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em 1994, foi instituída a Política Nacional do Idoso (PNI) (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), a primeira legislação brasileira a ser utilizada como referência para as ações direcionadas a esta população (BRASIL, 1994). Na área da saúde, dispõe no capítulo IV, artigo 10, inciso II, que deve ser garantido ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS, incluindo a prevenção, promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1994).

No encadeamento das políticas de atenção ao idoso, foi instituída a Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, que aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999). Essa política apontava a perda da capacidade funcional como principal problema que pode afetar o idoso (BRASIL, 1999). Suas principais diretrizes visavam à promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional comprometida; assistência às necessidades de saúde dos idosos; formação profissional e a difusão científica, estudos e pesquisas na área da gerontogeriatrics (BRASIL, 1999).

Posteriormente, em 2002, o MS promulgou a Portaria MS nº 702, que dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, que devem ter definidos os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos idosos e, ainda, adotar as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre a Rede constituída e a rede de atenção básica e a ESF (BRASIL, 2002a).

As Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso devem ser integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, seja integrante do SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos no nível ambulatorial e de internação hospitalar (BRASIL, 2002a). Como um ponto de atenção da Rede, o Centro de Referência em

Assistência à Saúde do Idoso (CRASI) se refere ao hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada, envolvendo diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar e tenha capacidade de se constituir referência para a rede de assistência à saúde dos idosos (BRASIL, 2002a).

No mesmo ano, a Portaria SAS/MS nº 249/2002, aprovou as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Para ser cadastrado como CRASI o hospital deverá ter no mínimo, cem leitos instalados e cadastrados pelo SUS, apresentando quatro modalidades assistenciais: (1) internação hospitalar, (2) hospital-dia geriátrico, (3) ambulatório especializado em saúde do idoso e (4) assistência domiciliar (BRASIL, 2002b).

Ampliando as políticas protetivas no Brasil, em 2003, foi publicado o Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) com o objetivo de assegurar os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Os direitos fundamentais descritos no Estatuto estão organizados em 10 capítulos. Dentre os direitos, no artigo 15, que trata do direito à saúde, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário, em um 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 (BRASIL, 2003). A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência; atendimento domiciliar, incluindo a internação; e, reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravamento da saúde (BRASIL, 2003).

Com a aprovação do Estatuto do Idoso e a publicação da Portaria nº 399/GM, de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, foi necessário revisar as políticas anteriores objetivando o cumprimento das legalidades. O Pacto pela Saúde possui três componentes integrados: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. No Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo proposto implantar a Política Nacional de Saúde da

Pessoa Idosa, buscando a atenção integral (BRASIL, 2006a). Entre as ações estratégicas voltadas à saúde do idoso, o Pacto pela Vida estabelece: a adoção da caderneta de saúde da pessoa idosa, manual de atenção básica e saúde para a pessoa idosa, o programa de educação permanente à distância, o acolhimento, a assistência farmacêutica e a atenção diferenciada na internação e na atenção domiciliar (BRASIL, 2006a).

Além da saúde do idoso, destacam-se ainda no componente Pacto pela Vida, as ações de Promoção da Saúde (objetivando elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo) e Atenção Básica à Saúde (com o intuito de consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS) (BRASIL, 2006a).

Vinculado ao Pacto pela Saúde, em outubro de 2006 foi publicada a Portaria nº 2.528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Esta política objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseada no paradigma da capacidade funcional (BRASIL, 2006b). Na PNSPI fica definido que a atenção à saúde da população idosa tem como porta de entrada a APS/ESF, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade, por considerar que nem todas as necessidades de saúde dos idosos podem ser atendidas na ESF (BRASIL, 2006b).

As diretrizes da PNSPI são: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia (BRASIL, 2006b).

A PNSPI apresenta como paradigma de saúde do idoso a capacidade funcional, composta por autonomia, capacidade de gerir a própria vida e de tomar

decisões; e independência, capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio (BRASIL, 2006b). Assim, a capacidade funcional é traduzida como a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (VERAS, 2009). A própria portaria que institui a PNSPI considera que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006b).

A capacidade funcional é geralmente aferida em inquéritos populacionais pelo grau de dificuldade (ou pela necessidade de ajuda) para a realização de atividades da vida diária (AVD) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As primeiras incluem a habilidade para alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar a toalete, levantar-se (ou transferir-se da cama para uma cadeira) e, às vezes, caminhar em um cômodo no mesmo andar. As AIVD incluem atividades como administrar o próprio dinheiro, fazer compras, usar transporte e cuidar da casa, entre outras (LIMA-COSTA et al., 2011). A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelou que 6,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária. A proporção de pessoas que possuíam limitação funcional para exercer suas atividades instrumentais de vida diária foi estimada em 17,3% (IBGE, 2015).

Cabe destacar ainda no escopo das regulamentações que tratam da organização da atenção à saúde no SUS, a Portaria nº 2.029, de 2011, que ofereceu a base para o lançamento do Programa Melhor em Casa. Desde então, a normativa que disciplina a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS sofreu modificações, culminando na publicação da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito SUS, contemplando o atendimento aos idosos (BRASIL, 2013). A atenção domiciliar se organiza através do Serviço de Atenção Domiciliar, serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) que devem trabalhar de forma articulada com as equipes de Saúde da Família na prestação de cuidados, em ambiente domiciliar, aos idosos residentes na área de abrangência das equipes (BRASIL, 2013).

Face ao exposto, verifica-se que as políticas públicas de atenção à saúde da população idosa estão bem delineadas, em que pesem as dificuldades encontradas

no cotidiano de trabalho dos profissionais nos serviços de saúde, como será discutido no próximo eixo.

2.2 A Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde do idoso

A APS é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Orienta-se pelos atributos da atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). A APS tem sido prioridade das políticas públicas no Brasil e no mundo desde a década de 1960, objetivando proporcionar efetivo acesso ao sistema de saúde e tenta reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (AMORIM et al., 2014).

As crises nos sistemas de saúde marcaram o cenário mundial nos anos 1970, quando se verificava baixa resolubilidade da assistência, a exclusão de extratos da população ao acesso dos serviços de saúde e os altos custos da medicina especializada (AQUINO et al., 2014). Nos países latino-americanos, este cenário foi marcado por eventos de mobilização pela democracia, de crítica às abordagens de agências internacionais no campo da saúde e de crise do modelo biomédico de atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; PAIM, 2008).

Nestas circunstâncias, deu-se a realização de importantes eventos internacionais. A Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, reafirmou a saúde como direito humano fundamental e definiu como meta "Saúde para todos no ano 2000", e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, na qual foi aprovada a Declaração de Alma-Ata, que tratou dos fundamentos da APS, apresentou um conceito de saúde que reconhecia os determinantes sociais e afirmava a saúde como direito de todos (AMORIM et al., 2014). O Documento Declaração de Alma-Ata foi ratificado em 1979 pela Assembleia Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a "Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000" e afirmou a APS como a chave para seu alcance, como parte do desenvolvimento dos países (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil, a proposição de APS entrou no debate da agenda de reforma setorial em meados da década de 1970. Este período foi marcado por grave crise econômica, sendo expostas dificuldades da assistência médica previdenciária em assegurar

recursos financeiros e as adversidades dos sistemas social e de saúde, com padrões de saúde precários e elevadas taxas de morbidade e mortalidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No processo de redemocratização do país, foram ampliados movimentos populares, sendo organizado, em meados da década de 70, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, um movimento postulando a democratização da saúde (PAIM, 2008). Com o aprofundamento do processo de Reforma Sanitária Brasileira foi realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde que reafirmou a saúde como direito de todos e dever do Estado e definiu os princípios e as diretrizes para o arcabouço institucional que alicerçaram a construção do SUS (AQUINO et al., 2014).

As concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, em uma proposta de romper com o modelo médico-privatista. No Brasil, a organização da APS deu-se a partir da criação em 1994, pelo MS, do Programa Saúde da Família (PSF), denominado atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar a prática preventiva e assistencial. O PSF teve origem demarcada pela implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS, como uma medida de combate aos altos índices de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste (AQUINO et al., 2014).

As diretrizes operacionais do PSF, tratadas na Portaria n.º 1886/GM de 18 de dezembro de 1997, já revelavam elementos potencializadores de mudanças no modelo de organização da APS: caráter substitutivo; adscrição de população/territorialização; integralidade da assistência; abordagem multiprofissional; estímulo à ação intersetorial; estímulo à participação e controle social; educação permanente dos profissionais das equipes de Saúde da Família; adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 1997).

A ESF se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes de modelo assistencial com ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização e a ênfase na atenção hospitalar) e também de busca da implementação dos princípios do SUS (FERTONANI et al., 2015).

Nesse processo histórico, as experiências de implantação da ESF somadas à constituição do SUS e sua regulamentação, possibilitaram a construção de uma

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, através da Portaria nº 648 que atribui à APS um papel central na organização do sistema de saúde (BRASIL, 2006c). Em 2011, a PNAB foi reformulada, através da Portaria nº 2.488, sendo reafirmada a eleição da Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB). A PNAB considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2011a). A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011a).

A AB objetiva ofertar acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, como a assistência hospitalar, e implementar ações intersetoriais de assistência médica, promoção da saúde e ações preventivas (PAIM et al., 2011). Os fundamentos e diretrizes da AB a serem seguidos pela ESF e por outras estratégias de organização da AB foram assim definidos: ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; trabalhar de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; e estimular a participação social dos usuários (BRASIL, 2011a).

A ESF estrutura-se “com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p.159). Ao adotar a Saúde da Família como estratégia de atenção, faz-se uma aposta na reorganização da prática de saúde na AB que aborde a família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social, com o intuito de possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da intervenção que não se restrinja a práticas curativas, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco (BRASIL, 2011a).

A centralização na família requer que as práticas das equipes de Saúde da Família sejam pautadas na abordagem familiar, reconhecida por Starfield (2002) como um dos atributos propostos para a APS, a qual remete ao conhecimento, pela equipe de Saúde da Família, dos membros da família e dos seus problemas de saúde e que na prestação de cuidados, sejam consideradas as necessidades e características do núcleo familiar, quanto as demandas e peculiaridades dos seus membros.

As especificidades da ESF centram-se ainda, na existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011a).

Na Portaria nº 2.436/2017, o arranjo da equipe de Saúde da Família foi assim redefinida: composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). O agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal), também podem fazer parte da equipe (BRASIL, 2017).

O trabalho das equipes de Saúde da Família envolve a definição do território de atuação e da população sob responsabilidade das unidades básicas de saúde e das equipes; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de

acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência; desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais; realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; realizar atenção à saúde na unidade básica de saúde, no domicílio, em locais do território; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população; participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; e realizar atenção domiciliar (BRASIL, 2011a).

A ESF estrutura-se para agir sobre um território e tem, na área adscrita de cada equipe e na divisão espacial das microáreas, as duas formas de delimitar a população pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Assim, são definidos recortes territoriais, que correspondem à área de interesse das equipes, segundo agregados de usuários a serem atendidos. A microárea constitui a unidade operacional do ACS (BRASIL, 2011a).

Na Portaria nº 2.436/2017, é recomendado que a população adscrita por equipe de Saúde da Família seja de 2.000 a 3.500 pessoas. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

Desse modo, na ESF tem-se a execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial. Para além da categoria “território” como delimitação espacial determinada, é preciso reconhecer o território na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde, e de espaço que expressa as condições e hábitos de vida da população (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Nesta perspectiva, no contexto da ESF, a equipe de Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todos os usuários que estão em seu território

de abrangência. Em especial, neste estudo, ressalta-se o grupo de usuários idosos. O atendimento ao idoso deve ser integral, com o intuito de preservar a autonomia e capacidade funcional através de práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento. A ênfase na prevenção deve ser a mola propulsora da organização no processo de trabalho na ESF, considerando que as doenças crônicas degenerativas e as incapacidades no idoso são passíveis de prevenção (FREITAS et al., 2010).

Assim, é essencial que os profissionais das equipes de Saúde da Família, atuando na comunidade e junto às famílias, busquem conhecer as condições de vida e saúde dos usuários idosos, detectando fatores que podem causar danos à saúde e, alicerçados neste conhecimento, estabeleçam ações que favoreçam o envelhecer saudável, através de um acompanhamento contínuo dos idosos, que apresentam com frequência, múltiplas doenças crônicas. Mesmo que o envelhecimento não necessariamente esteja relacionado às doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas frequentemente são encontradas nesta faixa etária, podendo induzir modificações maiores, que podem gerar um processo de dependência e fragilização do idoso (SCHMIDT et al., 2011). A maioria dos idosos tem doenças crônicas e muitos têm múltiplas doenças (ILC-BRASIL, 2015).

Nesse contexto, para o enfrentamento das doenças crônicas pelas equipes de Saúde da Família, foram publicados os Cadernos de Atenção Básica para o controle de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, dentre outros, com o objetivo de subsidiar os profissionais para a atenção integral aos usuários com DCNT. Outra iniciativa, visando apoiar as equipes de Saúde da Família a responder melhor ao aumento das doenças crônicas e seus fatores de risco, foi o lançamento pelo MS em 2011, do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022 (BRASIL, 2011b).

A promoção do envelhecimento ativo aparece como uma das principais ações do eixo da Promoção da Saúde que consta no referido Plano de Ações Estratégicas. Dentre as ações relacionadas ao envelhecimento ativo está a capacitação das equipes da ESF para atendimento, acolhimento e cuidado do idoso e de pessoas com condições crônicas (BRASIL, 2011b). Entretanto, a baixa institucionalização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas desenvolvidas pelas equipes

de Saúde da Família e a escassez de ações específicas dirigidas aos idosos foram reveladas em estudo (MEDINA et al., 2014).

Na direção específica da atenção à saúde do idoso na APS/ESF, foi publicado, em 2006, o CAB n° 19 “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, tendo como referência o Pacto pela Vida 2006 e as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS. Trata-se de um material indutor de ações de saúde, que oferece subsídios técnicos específicos em relação à saúde do idoso, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na APS (BRASIL, 2006d).

O conteúdo do CAB n° 19 aborda as especificidades do envelhecimento da população brasileira, pontuando aspectos demográficos e epidemiológicos; as políticas públicas de relevância para a saúde do idoso no SUS; a abordagem assistencial às doenças crônico-degenerativas, síndromes geriátricas; avaliação multidimensional da pessoa idosa; o envelhecimento e AIDS (BRASIL, 2006d).

Dentre as ações previstas a serem desenvolvidas pelos profissionais da equipe de Saúde da Família, destacam-se: planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência; identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização; conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade; prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal; preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa; desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo como planejamento da equipe (BRASIL, 2006d).

O CAB n° 19 focaliza ainda a identificação precoce de riscos e agravos potencialmente comprometedores da capacidade funcional e da qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2006d). A estratificação de idosos em risco para fragilização e a identificação do idoso fragilizado configura-se em uma excelente oportunidade que pode ser potencializada na ESF, melhorando o acesso à assistência aos problemas de saúde (VERAS, 2003).

Neste sentido, a atenção à saúde do idoso na ESF deve estar inserida em um processo de avaliação multidimensional. Trata-se de uma avaliação rápida que pode

ser utilizada para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em idosos (BRASIL, 2006d). No CAB n° 19 são apresentados instrumentos de avaliação da acuidade auditiva e visual, cognição, depressão, de equilíbrio e marcha, atividades básicas e instrumentais de vida diária, funcionalidade familiar, recursos comunitários e familiares, sobrecarga dos cuidadores e presença de violência e maus tratos (BRASIL, 2006d).

Outra atividade essencial a ser ofertada aos idosos é a visita domiciliar. A ESF resgata a prática da visita domiciliar como atividade comum a todos os membros da equipe, resguardando a competência de cada um em relação às necessidades do usuário e da família que necessitam da visita (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Na visita domiciliar, é possível estabelecer, junto aos familiares, suporte adequado às necessidades específicas do idoso, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado (BRASIL, 2006d).

Ainda no escopo das atividades voltadas para os idosos, o CAB n° 19 dispõe que o trabalho das equipes de Saúde da Família inclua as atividades de grupo, como estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde na ESF. O grupo é um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia, bem como espaço de socialização e troca de informações, de oferta de orientação e de educação em saúde (BRASIL, 2006d).

Além da utilização das recomendações do CAB n° 19, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa constitui outro instrumento para o trabalho dos profissionais da ESF, no acompanhamento do estado de saúde do idoso, e, por sua vez, o registro deste acompanhamento pode subsidiar os profissionais na tomada de decisões. A caderneta pode ser utilizada como referência para o atendimento do idoso nos demais níveis de atenção do SUS, permitindo procedimentos precisos no diagnóstico e tratamento das doenças (BRASIL, 2006d).

Diante das considerações traçadas, verifica-se que a atenção ao idoso na ESF estão delimitadas no campo normativo, mas estudo revela dificuldades relacionadas a ausência de conhecimentos técnico-científicos imprescindíveis à abordagem do usuário idoso e sua família na ESF, como apontado por Motta, Aguiar e Caldas (2011) que discutiram a necessidade de inclusão ou ênfase dos conteúdos de gerontologia e geriatria na formação dos profissionais de saúde.

Por outro lado, observa-se também a necessidade de educação permanente dos profissionais da ESF, tendo em vista a ausência de profissionais com formação específica na área do envelhecimento como verificado no estudo de Oliveira et al. (2017). A educação permanente pode fortalecer as ações dos profissionais já inseridos no processo de trabalho, possibilitando a produção de conhecimentos no cotidiano, a partir da realidade vivida pela equipe de Saúde da Família na atenção ao idoso (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). Para dar respostas às demandas dos idosos na ESF, a educação permanente deve ser considerada como uma estratégia para a qualificação dos profissionais direcionada às especificidades do processo de envelhecimento, indo além da visão restrita do atendimento na dimensão curativa.

Destaca-se também a necessidade de formação de equipes especializadas para o atendimento de referência do idoso nos níveis de atenção secundária e terciária. Trata-se de questão relevante, disposta na PNSPI, que, dentre as suas estratégias, estão o provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção ao idoso (BRASIL, 2006b). Em geral, na ESF, o atendimento ao idoso é realizado por médico generalista ou especialista em Saúde da Família, o que pode exigir, por vezes, encaminhamentos para serviços de referência à saúde do idoso, por meio do sistema de referência e contrarreferência a fim de fortalecer o princípio da integralidade.

Estudo revela a insatisfação dos idosos quanto à integralidade do atendimento prestado, não havendo uma rede de serviços interligados entre si (AZEVEDO; COSTA, 2010). O envelhecimento é um processo não homogêneo e as necessidades e demandas dos idosos são diversas, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar tanto a atenção aos idosos saudáveis como aqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

A este respeito, Pereira e Machado (2016) destacam que tanto em sistemas organizados em diferentes níveis de atenção quanto os estruturados em redes de atenção à saúde há necessidade de um sistema de referência e contrarreferência eficaz de forma a possibilitar seus fluxos entre os diversos que os compõem.

O sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo articulado e eficaz de fluxo para encaminhamento de usuários entre diferentes serviços (FINKELSZTEJN et al., 2009). A referência ocorre quando da necessidade de se encaminhar o usuário

para outros serviços que mais se adequem às necessidades do usuário, utilizando ficha própria para esse fim; a contrarreferência é o processo por meio do qual estes outros serviços ficam responsáveis por prestar o cuidado necessário e encaminhar o usuário de volta ao serviço inicial, viabilizando o cuidado compartilhado (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Portanto, a ESF deve estar vinculada à rede de serviços, trabalhando de forma organizada e integrada, com vistas à atenção integral ao idoso e família, o que requer a delimitação de fluxos assistenciais dos usuários entre os diferentes serviços, envolvendo um sistema de referência e contrarreferência.

3 APROXIMAÇÃO AO COTIDIANO EM MICHEL DE CERTEAU: ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS

Adotou-se como fundamentação teórica a abordagem de Michel de Certeau sobre o cotidiano, nele inseridos os conceitos de “estratégias”, “táticas”, “lugar”, “espaço”, “mapas e “percursos” (CERTEAU, 2012; CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2013). Não há aqui a pretensão de realizar um “aprofundamento teórico”, ainda que este tenha sido o exercício realizado, mas “uma aproximação” ao cotidiano em Michel de Certeau.

Enquanto enfermeiras/pesquisadoras do Núcleo de Pesquisa sobre Administração em Enfermagem (NUPAE), que desenvolve estudos na linha de pesquisa Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), podemos tratar de Michel de Certeau apenas a partir deste “lugar” em que nos situamos. A abordagem aqui trazida contribui para uma compreensão dos conceitos certeaunianos e como estes fundamentaram a análise e discussão dos resultados deste estudo.

O tema do cotidiano ganhou relevância nos estudos na década de 1970, em meio a um contexto de necessidade de novas abordagens teóricas para a apreensão e interpretação da realidade social à época. Neste cenário, o tema do cotidiano emergiu a partir das contribuições teóricas de Henri Lefebvre, Agnes Heller e Michel de Certeau (LEVIGARD; BARBOSA, 2010). A cotidianidade *per se* é a ênfase dada por Agnes Heller e Henri Lefebvre, enquanto Michel de Certeau articula o cotidiano com ação dos sujeitos a partir dos conceitos de estratégia e tática (JUNQUILHO; ALMEIDA; SILVA, 2012). O direcionamento de todos estes teóricos é “buscar significados da vida cotidiana, numa perspectiva que permite a capacidade de sua re/invenção pelos sujeitos sociais, em contextos histórico-sociais específicos” (JUNQUILHO; ALMEIDA; SILVA, 2012, p. 337). Foi a perspectiva de Michel de Certeau que encaminhou as análises e discussões apreendidas neste estudo.

É interessante abordar primeiramente a trajetória intelectual de Michel de Certeau, que nasceu em 1925, na cidade de Chambéry, região francesa da Savoia, vindo a falecer em 1986. Bacharelou-se em Latim, Grego e Alemão em série A, e, posteriormente, em Filosofia. Licenciou-se em Letras Clássicas, com ênfase

em Grego, e Filosofia. Em 1960, concluiu doutorado em Ciências da Religião. Foi um jesuíta místico, historiador da religião, preocupou-se com a psicanálise, professor no Instituto Católico de Paris e na Universidade da Califórnia, entre outras articulações intelectuais e profissionais, o que dificilmente o aprisionam em um campo (JOSGRILBERG, 2005). Ao tratar de Certeau, Giard, responsável pela edição do disperso de suas publicações, assim descreve:

Pelo leque de seus interesses de estudo, pelo entrecruzamento dos métodos que pratica sem prestar vassalagem a nenhum deles, e pela diversidade de competências, Certeau intriga e desconcerta. No tabuleiro de uma profissão de gostos geralmente sedentários ele não para de se movimentar e nunca se identifica com um lugar determinado (GIARD, 2012, p. 10).

Importantes influências teóricas marcaram os estudos de Michel de Certeau, o que revela o seu constante movimento intelectual. Dentre as influências, pode-se citar dos místicos medievais, como Joseph Surin; na dialética de Hegel; Freud e Lacan, na Psicanálise; Greimas e Benveniste na área de Semiótica e Linguística (JOSGRILBERG, 2005). Acresce-se que, Certeau buscou inspiração na Filosofia, fez uso de Aristóteles, Heráclito, Platão, Kant, Pascal, Marx, Nietzsche, Heidegger ou Pierce; na Filosofia francesa contemporânea, Merleau-Ponty, Deleuze, Lyotard ou Derrida (JOSGRILBERG, 2005). E ainda, Michel de Certeau herdou de Wittgenstein interesse pela filosofia da linguagem (a análise da "linguagem cotidiana") e a direção ética de sua epistemologia (SALAMON, 2016). A influência de Wittgenstein e Foucault (especialmente a partir da leitura de *Surveiller et Punir*- 1975) são profundas na obra de de Certeau "L' invention du Quotidien" (JOSGRILBERG, 2005).

Uma das importantes abordagens sobre o cotidiano está nas obras *L'invention du quotidien 1. Arts de faire* (1974) e *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, com Luce Giard e Pierre Mayol (1980) de Michel de Certeau. A obra "A invenção do Cotidiano", publicada no Brasil em 1994, é fruto da interrogação sobre as operações dos usuários supostamente entregues à passividade e à disciplina (SILVA; LYRIO; MARTINS, 2011). Neste livro, Certeau rompe com as explicações de traços estruturalistas e marxistas predominantes na época, questionando, através da exploração do ativo e (re)criativo das operações de apropriação elaboradas pelos sujeitos, todo determinismo (QUADROS, 2004).

Ao tratar das práticas e artes de fazer da vida cotidiana, Certeau dedica seu ensaio ao "Homem hordinário. Herói comum. Personagem disseminada. Caminhante

inumerável” (CERTEAU, 2012, p. 55). O Homem ordinário remete à ideia de sujeitos praticantes, pessoas comuns (SILVA; LYRIO; MARTINS, 2011). O homem ordinário, ou seja, o homem comum não é passivo, mas ao contrário, é capaz de criar artimanhas, táticas e dribles para reinventar o cotidiano (VIEIRA, 2012).

Na perspectiva de Certeau (2012), o “homem ordinário” inventa o cotidiano com “mil maneiras de caça não autorizada”, escapando silenciosamente a conformação a uma sociedade econômica do consumo. Como nos ensina Michel de Certeau “o cotidiano se inventa com mil maneiras de caça não autorizada” (CERTEAU, 2012, p.38). A invenção do cotidiano se dá em virtude do que Certeau chama de “artes de fazer”, “astúcias sutis”, e “táticas” que alteram os objetos e os códigos, e estabelecem uma (re)apropriação do espaço e do uso ao jeito de cada um (DURAN, 2007).

Certeau aproxima seu conceito de cotidiano à noção de jogo. O autor rompe com a definição de cotidiano como rotinização para dar lugar à ideia de cotidiano como movimento, o que se dá a partir de um jogo articulado de práticas do tipo estratégias e táticas (LEITE, 2010). Logo, tática e estratégia são componentes de um espaço organizado, de um cotidiano. A ideia do cotidiano em Certeau deve ser tratada como algo a ser compreendido, rico em significações e complexidades, nunca dado *a priori* (JUNQUILHO; ALMEIDA; SILVA, 2012).

O entendimento da distinção entre estratégias e táticas requer a compreensão do que Michel de Certeau denomina de “próprio” (LEITE, 2010). “O próprio é uma vitória do lugar sobre o tempo [...] e um domínio dos lugares pela fundação de um lugar autônomo” (CERTEAU, 2012, p. 94). Assim: “chamo de estratégia o cálculo (ou a manipulação) das relações de força que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado” (CERTEAU, 2012, p. 93). Desse modo, as estratégias postulam um lugar suscetível de ser circunscrito como próprio. É deste lugar que se pode gerir as relações com uma exterioridade de alvos ou ameaças (os clientes ou os concorrentes, os inimigos, o campo em torno da cidade, os objetivos e objetos da pesquisa etc) (CERTEAU, 2012). A estratégia pode ser entendida como o formalmente instituído, que dita aos sujeitos as formas de comportamento e de agir objetivando regular a dinâmica social, como explica Peixoto (2011).

A tática, por sua vez, é silenciosa e diz respeito “a ação calculada que é determinada pela ausência de um próprio. Então, nenhuma delimitação de fora lhe

fornece a condição de autonomia“ (CERTEAU, 2012, p. 94). A tática é a arte do fraco, por isso "opera golpe por golpe [...] Tem que utilizar, vigilante, as falhas que as conjunturas particulares vão abrindo na vigilância do poder proprietário. Aí vai caçar. Cria ali surpresas. Consegue estar onde ninguém espera. É astúcia (CERTEAU, 2012, p. 94-95). As táticas podem ser vistas como o uso inventivo de possibilidades dentro de contextos ou controles estratégicos (JOSGRILBERG, 2005; O'BRIEN, 2009); são procedimentos que acontecem em instante preciso, transformando em situação favorável o que parecia desfavorável (FIORIO; LYRIO; FERRAÇO, 2012). As táticas não têm lugar próprio, elas partem de um lugar organizado; e organizam um novo espaço (lugar praticado). Os movimentos táticos ao tirarem proveito de lugares organizados, instituem novas formas de habitar o lugar (JOSGRILBERG, 2005). A tática possibilita a reinvenção do cotidiano (BERNARDO; SHIMADA; ICHIKAWA, 2015).

Como explica Josgrilberg (2005) é adequada a ideia de tática para se pensar o movimento criativo, e, por vezes de resistência, das práticas cotidianas. As táticas necessitam encontrar modos inventivos de escape e confrontação em cada situação (LEITE, 2010). Contudo, as táticas não possuem a intenção de anular as estratégias (YILMAZ, 2013). O'Brien (2009) destaca que ao invés de táticas e estratégias serem vistas como opositoras ou discordantes, ambas interagem e coexistem no cotidiano. Neste mesmo pensar, Josgrilberg (2005) destaca a necessidade de enxergar as relações entre as estratégias e as táticas não de maneira estanque ou dicotômica, mas considerando-as em constante movimento.

Certeau (2012) acrescenta os conceitos de “lugar” e “espaço”, para a compreensão das estratégias e táticas. Tais conceitos não são antagônicos ou objetos distintos no pensamento do autor, mas ao contrário, esses conceitos se relacionam no cotidiano. Não há partições engessadas entre lugar e espaço, as noções de lugar (espaço próprio, onde o tempo é estável e as posições fixas) e espaço (dinâmico, o lugar praticado), fazem parte de um mesmo processo de organização espacial (JOSGRILBERG, 2005). Na definição de Certeau um lugar é “uma configuração instantânea de posições. Implica uma indicação de estabilidade” (2012, p. 184). O espaço é a ausência de posições estáveis; e o lugar diz respeito à ordem (BERNARDO; SHIMADA; ICHIKAWA, 2015). O lugar é organizado pelas estratégias. que asseguram estabilidade (JOSGRILBERG, 2005). Portanto, as estratégias

organizam, determinam um lugar que pode ser administrado em relação a uma exterioridade composta de alvos e ameaças. Assim se estabelece a ideia de estratégia e sua relação com a organização dos lugares (JOSGRILBERG, 2005).

Por outro lado, o espaço vem a ser um cruzamento de móveis, animado por um grupo de movimentos. Esse espaço é consequência das operações que o orientam, o circunstanciam, o temporalizam. O espaço não possui univocidade e nem a estabilidade de um próprio (CERTEAU, 2012). “O espaço é um lugar praticado. Assim, a rua geometricamente definida por um urbanismo é transformada em espaço pelos pedestres” (CERTEAU, 2012, p. 184). Tal metáfora de Certeau traz a ideia da possibilidade de articulação de diferentes espacialidades dentro dos limites de um lugar controlado. Trata-se de pensar que, embora a rua (um lugar espacial e temporalmente determinado) tenha uma organização arquitetônica que determina pontos fixos e limites para os pedestres, esta rua, ao mesmo tempo, permite o caminhar de pedestres, que criam seus próprios itinerários, e assim, transformam as ruas em espaço (lugar praticado). A rua planejada, se transforma, então, no caminhar de seus pedestres, em espaço praticado (DOSSE, 2013). Isso remete a circularidade entre as táticas e a reorganização do lugar, que é determinado pelas estratégias (JOSGRILBERG, 2005).

O espaço corresponde à ausência de posições definidas e, por isso, é uma ordem móvel que propicia vislumbrar diferentes experiências espaciais no cotidiano (LEITE, 2010). A existência dos espaços é assegurada pela mobilidade, sem esta mobilidade só existiriam lugares fixos. O espaço supõe um lugar animado por um deslocamento e os indivíduos são agentes ativos na produção do espaço (SCHNEIDER, 2015).

O lugar corresponde a um nível máximo de coerência entre a função e o uso, tendendo no limite ao sentido mais estrito do normativo; o espaço é o lugar subvertido por componentes que suscitam a incoerência e o imprevisível (SANT’ANNA, 2009). O lugar é uma configuração de posições, é inerte, estável; o espaço é vivo de interações e movimentos e contrapõe-se ao lugar como ordem, onde a posição dos elementos é preestabelecida (WERLE; BRITTO; COLAU, 2007). O lugar é permanente, retém o “próprio”, correspondendo, assim, às práticas do tipo estratégicas, já o espaço é provisório e corresponde às práticas táticas (LEITE, 2010). Então, no cotidiano, ao mesmo tempo, lugar e espaço, se relacionam estratégias e táticas.

Certeau (2012) complementa com os conceitos de “mapa” e “percurso” que possibilitam um pensar sobre a prática de espaço, como em “a fala dos passos perdidos”, que se refere a um caminhar que se reporta em mapas urbanos que transcreve os traços e as trajetórias a serem seguidos. O mapa “segue o modelo: Ao lado da cozinha fica o quarto das meninas” (CERTEAU, 2012, p. 186). “Cada mapa desses é um memorando que prescreve ações. Aí domina o percurso a fazer” (CERTEAU, 2012, p. 188). O mapa é estruturado, delimita fronteiras, indica certa ordem dos lugares, delineando um quadro com traçados geográficos (WERLE; BRITTO; COLAU, 2007).

O percurso diz respeito às descrições de caminhos sobre como entrar em cada cômodo: “Você dobra à direita e entra na sala de estar” [...] “Você entra por uma portinha” (CERTEAU, 2012, p. 186). Contudo, as caminhadas dos pedestres apresentam uma série de percursos variáveis e então, estes pedestres atualizam as possibilidades espaciais em seu andar (por exemplo, por um local por onde é permitido circular) e, com isso, praticam espaços (CERTEAU, 2012). Desta forma, embora exista uma ordem espacial definida nos mapas, que organiza um conjunto de possibilidades e proibições, o pedestre atualiza algumas delas, as desloca e inventa outras, pois as idas e vindas, as variações ou as improvisações da caminhada privilegiam, mudam ou deixam de lado elementos espaciais (CERTEAU, 2012). A rua é transformada em espaço pelos pedestres que ali constroem incalculáveis e anônimos percursos cotidianos (GAMALHO, 2016). O pedestre transita pela cidade arquitetonicamente planejada e vai demarcando espacialidades distintas da que foi previamente planejada (JOSGRILBERG, 2005).

Assim, se lugar e mapa são categorias que sinalizam para elementos estáticos, percurso e espaço indicam relações dinâmicas (WERLE; BRITTO; COLAU, 2007). E então, Certeau centra-se no espaço praticado, através do qual os indivíduos se reapropriam de estruturas territoriais por meio de táticas com o propósito de desenvolver novos habitats (ZAGO, 2016).

Contextualizando esta discussão dos conceitos certeunianos no âmbito deste estudo, considera-se que o esperado para a ESF na atenção à saúde do idoso são as estratégias, e logo, as políticas que, *per si*, representam um conjunto de estratégias. Não se pretende negar, mas ao contrário, assume-se aqui a importância da definição destas estratégias, pois não há como prescindir de regulamentações que visam a

organização dos serviços e a orientação das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais. Ao mesmo tempo, é preciso reconhecer que essas regulamentações estão inseridas no contexto dinâmico do trabalho em saúde.

Trazendo as discussões de *lugar e espaço* para este estudo, pode-se pensar que as políticas públicas e documentos oficiais do MS (as estratégias) pretendem ser organizadoras do *lugar* ESF. As estratégias circunscrevem este lugar, norteiam e legitimam o fazer dos profissionais. Neste lugar, há movimentos de profissionais que o torna *espaço* distintamente experienciado todos os dias. Desse modo, pode-se pensar na ESF como lugar próprio, mas também como um lugar praticado (*espaço*), moldado pelas diferentes apropriações dos sujeitos para com este lugar. Neste lugar praticado, os profissionais das equipes de Saúde da Família re/inventam o cotidiano de trabalho na atenção à saúde dos idosos. Então, nesse cotidiano, dependendo do prisma de análise, ao mesmo tempo lugar e espaço, se relacionam estratégias e táticas.

Neste estudo, os *mapas* se relacionam às estratégias e correspondem aos fluxos estabelecidos *a priori* (normatizados) para o encaminhamento de idosos, a partir da ESF, para outros programas e/ou serviços de saúde. Os *percursos*, como relações dinâmicas, abrem novas possibilidades de caminhos ou sinalizam rupturas nos fluxos previamente definidos, apesar da ordem estabelecida nos mapas. A leitura de Certeau (2012) leva-nos à possibilidade de acreditar que o cotidiano dos sujeitos é dinâmico, pois ocorre nestas movimentações: ora podem estar em lugares de estratégia definidas em mapas, ora realizando táticas em diferentes espaços, construindo percursos, o que expressa a dinamicidade do cotidiano.

O trabalho em saúde lida com a vida humana, é envolto por imprevisibilidades e possibilidades de diversos modos de intervenção e experimentação de práticas, o que denota sua dinamicidade (ARAÚJO; FARIA, 2010). O trabalho em saúde possui características específicas em virtude do caráter interativo, visto que as ações de saúde ocorrem no âmbito do encontro profissional-usuário (CARVALHO et al., 2012). O processo de trabalho em saúde é dependente da relação e dos diversos encontros realizados entre profissional e usuário, pois as ações em saúde se realizam no espaço partilhado destas inter-relações (MERHY, 2005). A partir destes encontros, são possíveis ações em saúde que impactem positivamente nos problemas de saúde, nas necessidades e desejos dos usuários (ARAÚJO; FARIA, 2010).

O trabalho em saúde tem base relacional e se dá através de jogos intersubjetivos. Como nos diz Carvalho et al. (2012) deve-se evidenciar a relação intersubjetiva que se processa no trabalho em saúde. A produção do cuidado se dá a partir do encontro, das relações entre pessoas, permeada pelas tecnologias leves em saúde (ARAÚJO; FARIA, 2010).

No trabalho em saúde estão imbutidas tecnologias leves, que são as tecnologias das relações, como práticas de acolhimento, responsabilizações, vínculo, autonomização, escuta sensível; leves-duras, que referem-se a saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia; e as duras que são as máquinas, equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais (MERHY, 2005). Para esse autor, o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, nas tecnologias relacionais e nos encontros entre subjetividades (ARAÚJO; FARIA, 2010).

Ao tratar do trabalho vivo, Araújo e Faria (2010) se referem ao ato criativo, ao momento da produção no qual o trabalhador utiliza o seu potencial inventivo para dar materialidade ao objetivo de seu trabalho. No trabalho criativo operam processos de subjetivação agenciados pela autonomia e liberdade do trabalhador de saúde na produção do cuidado. É nos diversos encontros entre trabalhadores e usuários que o trabalho se abre para possibilidades de ações não esperadas ou previstas. Portanto, no trabalho em saúde há invenção, atos de criação que geram possibilidades para atender as necessidades e demandas apresentadas pelos usuários e que fogem das determinações institucionalmente legitimadas (FRANCO, 2015).

Desse modo, dada as características do trabalho em saúde, destaca-se que, diante da confrontação com a realidade, muitas vezes dissonante das condições idealizadas nas estratégias, os profissionais instituem táticas, pois, como afirma Certeau (2012, p.50) existe uma “disparidade entre os espetáculos de estratégias globais e a opaca realidade de táticas locais”.

A partir dessa visão, Certeau inverte o prisma dominante nos estudos tradicionais, focalizados nas ações tomadas a partir das formalidades (estratégias); demonstra que é preciso interessar-se também pelas táticas. O conhecimento da dinamicidade entre estratégias e táticas permite dar visibilidade aos *saberes e fazeres* dos profissionais de saúde, de suas criações e invenções na atenção aos idosos.

Estudos em diversas áreas do conhecimento, como na comunicação, estudos culturais e também nos campos de história, psicanálise e educação tem tomando como referência os estudos de Certeau (JOSGRILBERG, 2005). São reconhecidas também as contribuições que Certeau traz para os estudos da religião (BARBOSA; 2015; BUARQUE, 2013), estudos organizacionais (JUNQUILHO; ALMEIDA; SILVA, 2012) e no campo da reflexão sobre o urbano, sobretudo sobre o espaço praticado (DOSSE, 2013).

No âmbito internacional, o referencial teórico de Michel de Certeau sobre o cotidiano, em particular das categorias de estratégia e de tática, tem sido utilizado, como nas investigações de Thirlway (2016), um estudo das práticas emergentes de usuários de cigarros eletrônicos em uma área de classe trabalhadora do Reino Unido, com o uso da concepção de tática de Certeau para descrever a economia informal do uso local de cigarros eletrônicos; Yilmaz (2013), em estudo das práticas de vida diária dos turcos que vivem na Alemanha, como comer, ler, falar, fazer compras, que são considerados para conceber formas ocultas de táticas contra os mecanismos de poder em torno de suas vidas; o estudo de Elrahman (2016) com objetivo de ressaltar as práticas não planejadas ou tradicionais que têm sido realizadas por habitantes, entidades ou iniciativas que implementam os princípios do urbanismo tático em Cairo, capital do Egito, sendo utilizado o conceito de tática no sentido dado por Certeau; Benavides (2016) no estudo que analisa as estratégias colocadas em jogo pelos missionários no processo de evangelização-civilização das comunidades indígenas no final do século XIX e começo do século XX na Colômbia, e por sua vez, coloca especial ênfase nas táticas desfraldadas por essas comunidades frente a tal processo; O'Brien (2009), cujo estudo examina o papel do telefone celular na vida cotidiana da juventude na Irlanda, empregando os conceitos de táticas e estratégias de Certeau.

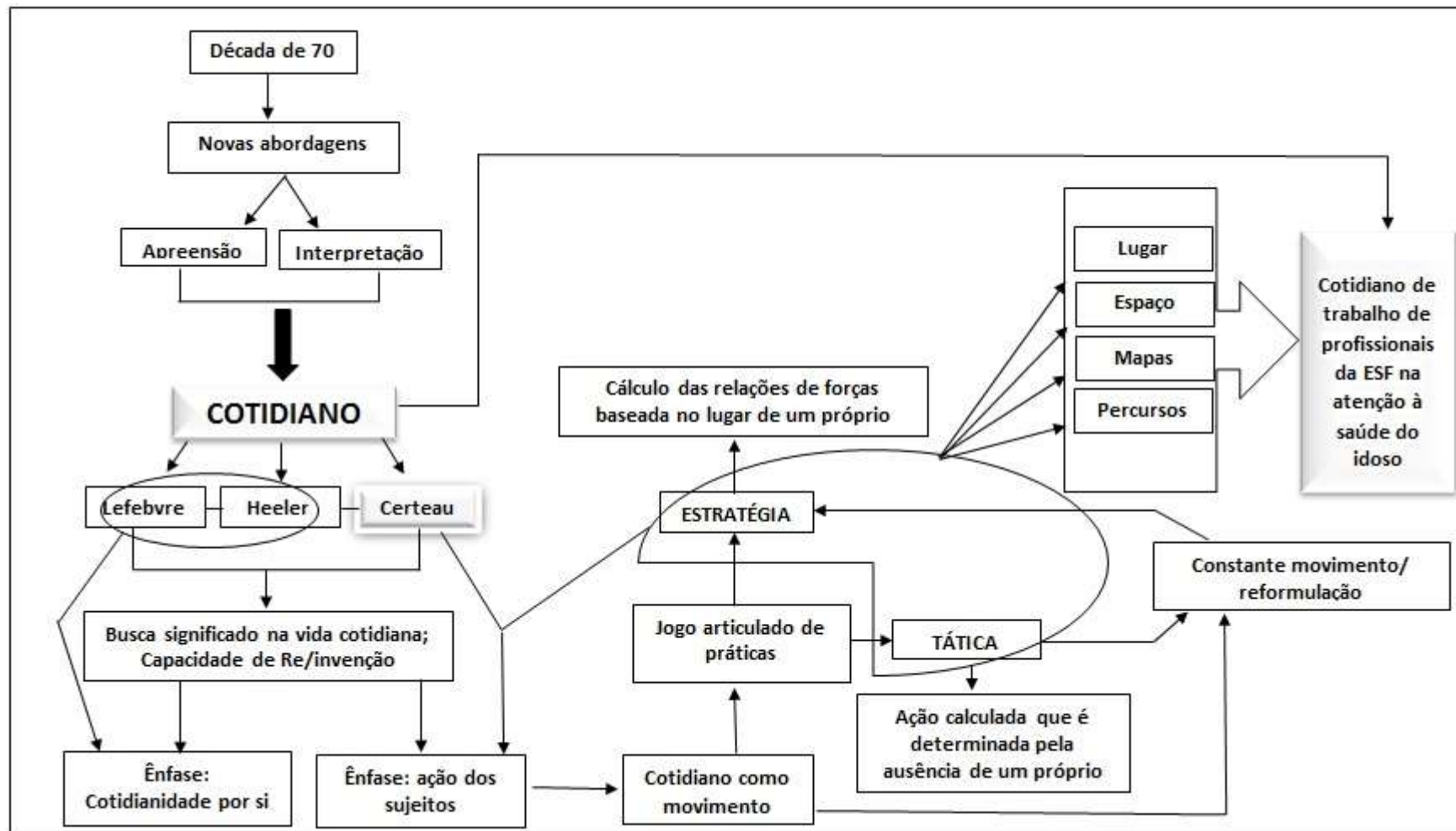
No Brasil, este referencial tem sido utilizado na administração, sobretudo nos estudos organizacionais, como no estudo de Oliveira e Cavedon (2013), sobre a micropolítica no cotidiano de um circo e a investigação de Vargas e Junquillo (2013) sobre o fazer administrativo dos gestores; na linguística, como no trabalho de Linhares e Alencar (2016), uma reflexão sobre o conceito de diglossia à luz de Michel de Certeau; na educação, como no estudo de Duran (2012) onde são discutidas as contribuições de Certeau para os estudos e pesquisas em educação, para estimular o debate e pensar em práticas, criações e artes na escola; Almeida e Pinto Neto (2015)

estudaram as diferentes táticas utilizadas por professores, dado a implantação das lousas digitais interativas.

No contexto da saúde, este referencial tem sido utilizado para descrever as maneiras de cuidar em Enfermagem (COELHO, 2006); refletir sobre os conhecimentos e saberes do ato de cuidar em enfermagem nas tecnologias, no processo saúde-doença e seus determinantes, e o cuidado enquanto produto, subsidiada por conceitos de cotidiano de Certeau (COELHO, 2009); estudar práticas cotidianas dos profissionais de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (ARAÚJO, 2013); compreender o cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência de um hospital público (SANTOS, 2015); analisar o cotidiano de trabalho de enfermeiros no Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento (RATES, 2016); identificar as práticas de usuários de drogas injetáveis (SZOTTA, 2014); conhecer táticas de usuários e trabalhadoras de programa de saúde mental (SCHMIDT, 2013). Contudo, não se conhecem estudos que focalizem o cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso nesta perspectiva teórica.

Diante do exposto, observa-se que o cotidiano na perspectiva dos estudos de Michel de Certeau, ainda pouco explorado como aporte teórico dos estudos na área da saúde e, em especial, na enfermagem (SANTOS et al., 2014; GONZALEZ- SANZ; NOREÑA-PENA; AMEZCUA, 2017), oferece elementos fundamentais para a análise do cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso, a partir da utilização dos conceitos de “estratégias”, “táticas”, “lugar”, “espaço”, “mapas e “percursos”, como sintetizado na Figura 1.

Figura 1- Esquema conceitual da tese.



Fonte: Elaborado pela autora, baseando-se nas articulações do referencial teórico.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nesta seção será apresentada a trajetória metodológica, incluindo a caracterização do estudo, o cenário, a opção feita para a constituição dos participantes e respectiva caracterização, os procedimentos adotados no processo de coleta de dados, os instrumentos utilizados na coleta de dados, a técnica de análise dos dados e, por fim, as considerações éticas.

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de caso único, de abordagem qualitativa, fundamentado nos estudos do cotidiano de Michel de Certeau (CERTEAU, 2012; CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2013).

A abordagem qualitativa possibilita o estudo do cotidiano, como o cotidiano da sala de aula, o da cultura organizacional de uma empresa ou do trabalho, por exemplo, como objetos privilegiados de uma abordagem qualitativa (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014). Esta abordagem permite, de forma particular, estudar momentos singulares, dos quais emerge o sentido de um fenômeno social (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

A pesquisa qualitativa assegura a importância da subjetividade na análise dos fenômenos sociais, o incentivo a uma análise destes fenômenos no contexto natural (temporal e espacial) no qual eles se inserem, e, o reconhecimento da contínua interação entre pesquisador e sujeitos pesquisados, ao invés de negar a subjetividade nesta relação (LAPERRIÈRI, 2014). Assim, na pesquisa qualitativa a subjetividade do pesquisador e daqueles que estão sendo estudados, tornam-se parte do processo de pesquisa (FLICK, 2009).

A abordagem qualitativa proporciona o entendimento de significados de determinado fenômeno e de sua importância individual e coletiva no cotidiano das pessoas (TURATO, 2011). E ainda, permite desvendar fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções (STRAUSS; CORBIN, 2008). Esta abordagem tenta interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos apreendidos pelos indivíduos em seus ambientes naturais em vez de ambientes artificiais ou experimentais (POPE; MAYS, 2009). A abordagem qualitativa possibilita “estudar o

significado das vidas das pessoas nas condições em que realmente vivem” (YIN, 2016, p.7).

Na abordagem qualitativa, o estudo de caso possibilita aprofundar as impressões acerca da realidade, por ser considerada uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (TRIVINÕS, 2010). O estudo de caso é um método que pode ser aplicado em distintas situações para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais ou grupais, organizacionais, sociais e políticos (YIN, 2005; ANDRADE et al., 2017). O estudo de caso tem sido utilizado com frequência como método de pesquisa pela enfermagem, nos estudos no campo da educação, assistência/cuidado e no campo da gestão/administração em enfermagem (ANDRADE et al., 2017).

A preocupação central ao se desenvolver o estudo de caso é a compreensão de uma instância singular, o que significa que o objeto de estudo é tratado como único, uma representação singular da realidade, que é complexa e historicamente situada (LÜDKE; ANDRÉ, 2014). No estudo de caso, tem-se como objetivo “captar as circunstâncias e condições de uma situação cotidiana” (YIN, 2015, p.55).

Nesta pesquisa, o estudo de caso de abordagem qualitativa apresenta-se adequado por permitir apreender profundamente uma realidade complexa e contemporânea em seu contexto real a partir do ponto de vista daqueles que a vivenciam, mostrando as contradições aparentes e ocultas (YIN, 2015). Para os estudos de caso, deve-se definir a unidade de análise, o "caso", que pode ser um indivíduo, algum evento ou entidade que é menos definido do que um único indivíduo (YIN, 2005). O caso em estudo foi definido como o cotidiano de trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde do idoso.

A respeito da generalização do caso, como cada "caso" é tratado como único e singular, a possibilidade de generalização passa a ter menor relevância, tendo em vista que o interesse se volta para a investigação sistemática de uma instância específica. Os estudos de caso permitem generalizações naturalísticas que ocorrem graças ao conhecimento experiencial dos sujeitos, no momento em que estes tentam associar os dados encontrados no estudo com dados que são frutos de suas experiências pessoais (LÜDKE; ANDRÉ, 2014).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Montes Claros, situado geograficamente na região norte do estado de Minas Gerais (MG), município de relevância econômica e demográfica para a região. Possui uma área de 3568.941 km² e população de 398.288 habitantes (IBGE, 2016). A opção por realizar o estudo no município ocorreu por sua importância regional como município polo da Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, e a condição de obter autorização para realização da pesquisa.

O estado de MG adota, desde 2002, divisão territorial específica visando à melhor resposta sanitária a determinadas situações de saúde. A Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219/2012 instituiu 13 Regiões Ampliadas de Saúde (em correspondência às macrorregiões de saúde constantes no Plano Diretor de Regionalização - PDR/ MG), que constituem o nível regional correspondente ao nível de atenção terciário, considerando os conceitos de economia de escala e escopo, em função da densidade tecnológica e deverão ser o território de abrangência das Redes de Atenção à Saúde (SES MG, 2012). Também foram instituídas 77 Regiões de Saúde (em correspondência às microrregiões de saúde instituídas no PDR/MG), entendidas como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (SES MG, 2012).

A Região Norte de MG configura-se como uma das 13 Regiões Ampliadas de Saúde do estado de MG, conforme localização mostrada na figura 2.

Figura 2- Localização da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais.



Extraído de: MARQUES (2011, p.11).

A Região Ampliada de Saúde do Norte de MG encontra-se dividida em nove Regiões de Saúde, que têm como municípios polos Brasília de Minas/São Francisco, Janaúba/Monte Azul, Francisco Sá, Pirapora, Salinas/Taiobeiras, Januária, Coração de Jesus, Manga, Montes Claros/ Bocaiúva. Nestas nove Regiões de Saúde estão distribuídos 86 municípios (SES MG, 2012).

O município polo é caracterizado como aquele que exerce força de atração sobre outros, em número comparativamente significativo, por sua capacidade atual e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados (SES MG, 2012). A cidade de Montes Claros é município polo da Região Ampliada de Saúde do Norte de MG pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica (FRANÇA; SOARES, 2014). O município encontra-se habilitado em gestão plena do sistema municipal, a rede assistencial conta com três Policlínicas, sete hospitais gerais, um hospital especializado, 247 estabelecimentos privados, 203 clínicas/centros de especialidades (CNES, 2016).

Neste contexto municipal, delimitou-se como cenário de estudo a ESF em Montes Claros, mais especificamente unidades da ESF distribuídas na zona urbana do município. O município iniciou o processo de reorganização da Atenção Básica em outubro de 1998, com a implantação de duas equipes do PSF, inicialmente nos bairros

Village do Lago e Vila Sion. A implantação da ESF ocorreu ao final de 1999. Desde então, vem sendo ampliado o número de equipes (SILVEIRA, 2013). O município contava à época da coleta de dados, com 134 equipes de Saúde da Família, sendo 12 equipes na zona rural e 122 na zona urbana, alocadas em UBS, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2016).

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde de equipes de Saúde da Família, entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Como critérios de inclusão, estabeleceu-se pertencer à equipe de Saúde da Família da zona urbana e atuação de, no mínimo, seis meses na ESF e, como critério de exclusão: profissional que estivesse de férias ou licenciado no momento da coleta de dados. Incluíram-se também como participantes profissionais que ocupavam cargos estratégicos na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, sendo considerado como critério de inclusão: profissional estar ligado à área técnica de saúde do idoso ou a APS no município e, como critério de exclusão: profissional de outra área técnica e/ou não vinculado à APS. Assim, teve-se um total de 21 profissionais de equipes de Saúde da Família e três ocupantes de cargos estratégicos na Secretaria Municipal de Saúde.

No decorrer do estudo, considerando a flexibilidade do estudo de caso, foi incluído como informante - chave, um profissional do Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso Eny Faria de Oliveira (CRASI-EFO) em Montes Claros. Este profissional foi abordado em uma conversa para a coleta de informações referentes à estrutura, funcionamento do serviço e articulação com a ESF. A conversa foi realizada em uma sala no Centro e foi gravada mediante aceitação do participante, e transcrita na íntegra, sendo utilizada na análise dos dados. No estudo de caso são considerados informantes-chave, indivíduos capazes de fornecer informações em razão de características que assegurem possuir conhecimentos particulares (JACCOUD; MAYER, 2010).

O número de profissionais de saúde de equipes de Saúde da Família não foi definido *a priori*. A coleta de dados foi interrompida quando se identificou a saturação, situação em que as informações fornecidas pelos novos participantes pouco acrescentariam aos dados já obtidos, não mais contribuindo para o aperfeiçoamento

da reflexão teórica fundamentada nos dados coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Utilizou-se a avaliação entre as pesquisadoras para determinar a saturação: a 1ª autora que conduziu as entrevistas anunciou quando considerou ter sido atingida a saturação; a 2ª autora leu as entrevistas e indicou a sua concordância, não sendo considerado relevante dar continuidade à coleta de dados, dada a reincidência dos dados.

O quadro 2 apresenta a constituição dos participantes do estudo. Foram adotadas as siglas: M = médico; E = enfermeiro; ACS = Agente Comunitário de Saúde; CE: cargo estratégico; IC= informante chave.

Quadro 2- Constituição dos participantes do estudo. Montes Claros, 2016.

Participantes	Sexo	Profissão	Formação/Qualificação
ACS ₁	Fem	ACS	Ensino médio
ACS ₂	Fem	ACS	Ensino médio
ACS ₃	Fem	ACS	Ensino médio
ACS ₅	Fem	ACS	Curso Técnico
ACS ₈	Fem	ACS	Ensino médio
ACS ₁₉	Fem	ACS	Graduação
ACS ₂₀	Fem	ACS	Graduação
ACS ₂₁	Fem	ACS	Graduação
M ₆	Fem	Médico	Graduação
M ₇	Mas	Médico	Pós graduação strictu sensu
M ₁₅	Fem	Médico	Graduação
M ₁₆	Fem	Médico	Graduação
M ₁₇	Mas	Médico	Residência em Medicina de Família e Comunidade
M ₉	Fem	Médico	Graduação
M ₁₀	Fem	Médico	Graduação
E ₁₄	Fem	Enfermeiro	Especialização em Saúde da Família
E ₁₁	Fem	Enfermeiro	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
E ₁₂	Fem	Enfermeiro	Especialização em Saúde da Família e em Urgência e Emergência
E ₁₃	Fem	Enfermeiro	Especialização em Saúde da Família
E ₄	Fem	Enfermeiro	Especialização em Enfermagem obstétrica e Residência Multiprofissional em Saúde da Família

E ₁₈	Fem	Enfermeiro	Especialização em Saúde da Família e Urgência e Emergência
CE ₂₃	Fem	Enfermeiro	Especialização em auditoria em enfermagem
CE ₂₄	Fem	Enfermeiro	Especialização em enfermagem do trabalho
CE ₂₅	Masc	Médico	Residência em Medicina de Família e Comunidade e Pós-graduação strictu sensu
IC ₂₂	Fem	Técnico administrativo	Graduação

Fonte: Arquivo da pesquisa.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria de APS para autorização da realização da pesquisa no município de Montes Claros, sendo obtida a carta de anuência. Inicialmente foi realizada uma reunião na sede da Secretaria Municipal de Saúde para apresentação do projeto e indicação da colaboração solicitada. Nesta reunião, o técnico responsável colocou à disposição dos pesquisadores o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica, com informações das equipes de Saúde da Família no município. Foram selecionadas, de modo intencional, duas UBS (denominadas neste estudo de A e B), por concentrarem elevado número de usuários com 60 ou mais anos de idade adscritos às equipes de saúde da família; além disso, existia maior facilidade de acesso aos profissionais, tendo em vista que nestas unidades havia mais de uma equipe de Saúde da Família.

Na UBS A, estavam lotadas quatro equipes de Saúde da Família, com um total de 2.063 idosos cadastrados; na UBS B, estavam em funcionamento três equipes de Saúde da Família, com um total 1.596 idosos cadastrados, conforme relatório do SIAB (datado de 10/05/2016). Foi autorizado à pesquisadora fazer contato direto com os profissionais das ESF para a coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2016. Na identificação dos profissionais ocupantes de cargos estratégicos, em reunião na Secretaria Municipal de Saúde e em observância aos critérios definidos, foram listados os profissionais que seriam contatados. Apesar da identificação, não foi possível realizar entrevistas com todos devido a não disponibilidade dos profissionais ocupantes dos cargos de Secretário Municipal de Saúde e Coordenador da APS, tendo em vista o

período de transição de cargos no período da coleta de dados. Neste processo, foram incluídos no estudo dois profissionais do Setor de Programas e Projetos Estratégicos/área técnica de saúde do idoso; e um profissional apoiador da ESF no município.

Posteriormente, a pesquisadora dirigiu-se a UBS A e depois à UBS B, sendo contatados profissionais de equipes de Saúde da Família (enfermeiros, médicos e ACS). Foram adotados os mesmos procedimentos: a pesquisadora começou por realizar o convite individual aos profissionais para participarem da pesquisa; apresentava os objetivos, metodologia e colaboração solicitada; verificava os critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Depois de verificada a observância aos critérios e anuência, foi agendada a entrevista (hora e data) de acordo com a conveniência dos participantes.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Como instrumentos para a coleta de dados, foram utilizados entrevistas individuais com um roteiro semiestruturado e observação registrada em diário de campo.

As entrevistas são fontes essenciais de informação para os estudos de caso, proporcionando ao pesquisador contato direto com os participantes do estudo (YIN, 2015). Foi realizada entrevista com roteiro semiestruturado, que tem sua condução norteada por uma estrutura flexível, o que permite melhor compreensão da realidade (BRITTEN, 2009).

As entrevistas individuais foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado para profissionais de equipes de Saúde da Família e outro para os profissionais que ocupavam cargos estratégicos na Secretaria Municipal de Montes Claros (Apêndice A e B) e, com permissão foram gravadas. Inicialmente, foram coletados dados referentes a sexo, profissão ou cargo e qualificação profissional dos participantes. As questões que constituíram o roteiro de entrevista foram elaboradas pelas investigadoras, substanciadas pelo referencial teórico e em atenção aos objetivos do estudo. Foi utilizada linguagem que assegurasse a compreensão das questões pelos participantes da pesquisa. Previamente à coleta de dados, foi realizado teste piloto com um médico, um enfermeiro e dois ACS de equipe de Saúde da Família não selecionada para o estudo da tese, com o objetivo de verificar a clareza

e a compreensão das perguntas. O roteiro se mostrou adequado, não sendo necessárias modificações. As entrevistas realizadas no estudo piloto não integraram o presente estudo.

As entrevistas com os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família ocorreram na sala de atendimento ou na sala de reuniões nas unidades e, com os profissionais que ocupavam cargos estratégicos, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; as entrevistas tiveram duração de 30 a 40 minutos.

No que se refere à observação, segundo Yin (2015), esta permite ao pesquisador obter informações de questões que perpassam o dia a dia, possibilitando o registro de informações adicionais sobre o objeto estudado. As observações podem ser realizadas ao longo da visita de campo, incluindo as ocasiões durante as quais estão sendo coletadas outras evidências, como as provenientes de entrevistas (YIN, 2015). Trata-se de uma técnica direta, na medida em que existe contato com os informantes, e, ao mesmo tempo, é uma observação não dirigida, tendo em vista que a observação da realidade é o objetivo final e o pesquisador não faz qualquer intervenção na situação observada (JACCOUD; MAYER, 2014).

O registro dessas observações foi feito em um diário de campo, um instrumento adequado para registro de informações que não sejam o registro das entrevistas, incluindo observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões, atitudes ou outras questões relevantes a respeito do objeto de estudo (MINAYO, 2010).

Neste estudo, as observações foram realizadas sem roteiro prévio, nas ocasiões de realização das entrevistas com os profissionais de equipes de Saúde da Família. Os registros das observações no diário de campo foram identificados como “notas de observação (NO)” de aspectos relevantes ao objeto de estudo, como registro de situações formais e informais relativas ao cotidiano da atenção ao idoso e impressões como pesquisadora durante a imersão no campo.

Objetivou-se, inicialmente, realizar coleta de dados em documentos e registros para proceder à análise destes documentos, e, durante o trabalho de campo foram solicitados aos participantes documentos que sinalizavam para a organização da atenção à saúde do idoso nas equipes de Saúde da Família investigadas. Contudo, os participantes revelaram que, embora não estivessem em posse, os documentos

existentes são aqueles disponibilizados pelo MS, como os cadernos de AB e as linhas-guia do estado de MG. Consultaram-se, junto à Gerência de Planejamento, na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, instrumentos de planejamento da saúde municipal: o Plano Municipal de Saúde (2014-2017), a Programação Anual de Saúde de 2016 e os Relatórios de Gestão Quadrimestrais de 2016 (referentes ao 1º e 2º quadrimestres do ano de 2016), com o objetivo de identificar aspectos do planejamento de ações voltadas para a saúde dos idosos, política ou programa municipal de saúde do idoso, por entender que estes aspectos fazem parte das estratégias que compõem o lugar de atuação dos profissionais de equipes de Saúde da Família.

Os dados foram coletados, em sua totalidade, pela primeira pesquisadora, o que assegurou que a mesma chegasse à análise com prévio conhecimento dos dados e algumas “inquietações” analíticas iniciais, substanciados pelo referencial teórico do estudo.

4.6 Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas, ouvidas na totalidade, transcritas e submetidas à análise de conteúdo “uma ferramenta de pesquisa que possibilita compreender e explicar opiniões, condutas, ações (individuais e sociais), apreendidas em um contexto de dados, textuais e/ou simbólicos” (COLBARI, 2014, p. 257).

Neste estudo, foi realizada a análise de conteúdo temática, ou seja, uma análise dos “significados”. Tal análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição, signifique alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2008).

Foi realizada a análise de conteúdo percorrendo as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2008). Inicialmente, as entrevistas foram transcritas na íntegra em páginas de texto do programa Word, e foi realizada a verificação da acurácia das transcrições, confrontando-as com as gravações de áudio.

A pré-análise correspondeu à organização do material para posterior análise, com base nos objetivos do estudo. Foi realizada a leitura flutuante, para que as pesquisadoras pudessem se familiarizar com o conteúdo. Procedeu-se a anotação de impressões iniciais para o processo de codificação. Na fase de exploração do material,

foi realizada leitura exaustiva e recorte do texto em unidades de registro, reagrupados posteriormente para serem categorizadas, sendo realizada a marcação no texto destas unidades, com diferentes cores, em recurso no Word. Foi realizada a associação das unidades de registro aos códigos identificados. E então, os diferentes códigos identificados no conjunto de dados foram reunidos em uma matriz temática, a qual subsidiou a constituição de categorias. As pesquisadoras discutiram a proposta da matriz temática, o que constituiu um processo de sucessivo refinamento, em um continuum para configuração final das categorias temáticas, tendo em atenção os objetivos do estudo. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento efetuado em virtude das características comuns destes elementos. O critério de categorização adotado foi o semântico (categorias temáticas) (BARDIN, 2008).

Seguiu-se com o tratamento dos resultados e interpretação, sempre retornando aos objetivos do estudo e ao referencial teórico. Os resultados obtidos nas etapas anteriores permitiram a descrição dos achados da pesquisa, expressos qualitativamente, com a categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2008). As categorias foram nomeadas e procedeu-se a apresentação e discussão das mesmas.

As observações compuseram a análise dos dados por possibilitar captar situações que enriqueceram a análise. Quando apresentadas na discussão, os registros das observações estão identificadas com a sigla *NO*. Do mesmo modo, as informações obtidas nos instrumentos de planejamento da saúde municipal foram utilizadas na análise dos dados.

Foram construídas quatro categorias de análise, assim nomeadas: 1. O fazer cotidiano de profissionais de equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso; 2. Fluxos de atendimento ao idoso: entre mapas e percursos; 3. *“Em vista do que tinha já melhorou bastante”* e, 4. Perspectivas para a atenção ao idoso na ESF: necessidade de efetivar e definir novas estratégias.

4.7 Considerações éticas

A pesquisa foi desenvolvida respaldando-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Para atender aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria de APS para autorização da realização da pesquisa no município de Montes Claros, sendo obtida a carta de anuência. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG).

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo COEP/UFMG, por meio do Parecer: 1.486.033/2016 e CAAE nº 53503916.8.0000.5149 (Anexo A). Os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente do estudo, garantindo-se aos mesmos a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Os participantes formalizaram a aceitação para participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em duas vias de igual teor, ficando uma com o participante e outra arquivada pelo pesquisador. As entrevistas foram gravadas para garantir a confiabilidade das informações. Para garantir o anonimato dos participantes, optou-se pela adoção de siglas da categoria profissional do entrevistado: M - médico; E - enfermeiro; ACS - Agente Comunitário de Saúde, seguidas do número referente à entrevista. Os ocupantes de cargos estratégicos foram identificados com a sigla CE; e, o informante chave, com a sigla IC.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo encontram-se apresentados em quatro categorias de análise. A primeira categoria, **O fazer cotidiano de profissionais de equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso**, revela que cotidianamente os profissionais realizam ações normatizadas para o âmbito da ESF. Na organização das agendas de trabalho dos profissionais não há atividades específicas para os idosos, e, nessas circunstâncias, os profissionais têm de usar táticas para atender às necessidades destes usuários.

A segunda categoria, **Fluxos de atendimento ao idoso: entre mapas e percursos**, descreve os fluxos formais de encaminhamento de idosos pela ESF para outros programas e serviços (são os mapas) e as rupturas nos fluxos inerentes aos mapas (sinalizam os percursos).

A terceira categoria, **“Em vista do que tinha já melhorou bastante”**, aborda dentre os aspectos favoráveis à atenção ao idoso na ESF, o acesso ao serviço, a proximidade das equipes com os domicílios dos usuários, a oferta de consultas médicas e visitas domiciliares. Estes aspectos parecem ser favoráveis aos indivíduos em todas as fases do ciclo vital, relacionados ao acesso, com privilégio para a cobertura de serviços ofertados pela ESF à população adscrita, vinculada a atendimento individual e ações coletivas realizadas pelos profissionais das equipes.

A quarta categoria, **Perspectivas para a atenção ao idoso na ESF: necessidade de efetivar e definir novas estratégias**, descreve as principais estratégias evidenciadas pelos profissionais para promover melhorias na atenção ao idoso na ESF. Estas estratégias, embora estejam delineadas em políticas nacionais, ainda não se materializaram no cotidiano dos serviços. As novas estratégias se relacionam a redução do número de usuários cadastrados nas equipes e a implantação de política municipal do idoso.

5.1 O fazer cotidiano de profissionais de equipes de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso

Esta categoria revela que o fazer dos profissionais tem como base ações normatizadas para o âmbito da ESF. Essas normatizações podem ser tomadas como estratégias, pois organizam um lugar próprio e delimitam o fazer dos sujeitos. As estratégias concretizam-se na agenda semanal de trabalho, que não inclui horário e nem ações específicas para idosos. Na agenda semanal dos médicos, constam como ações programadas: atendimento direto à população, que envolve consultas de demanda programada para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pré-natal, hipertensos e diabéticos; atendimento à demanda espontânea; consultas em casos de urgência. Os médicos informaram também a realização de visita domiciliar e grupos de educação em saúde para usuários com patologias específicas, em especial hipertensão arterial e diabetes, e grupo para gestantes.

Aqui na prática eu atendo qualquer idade, desde o recém-nascido até o idoso, incluindo também os específicos, como a atenção à criança e gestantes nas consultas de pré-natal (M10).

Nós temos atendimento de consultas agendadas e consultas da demanda espontânea. Além dos atendimentos, temos visitas domiciliares [...] também faço os grupos que são preconizados, hipertensão, diabetes, que acaba pegando muito idoso e grupo para gestante (M15).

As ações programadas na agenda semanal dos enfermeiros incluem atendimento direto à população, com consultas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; pré-natal e realização de exame de prevenção do câncer de colo uterino; visita domiciliar; turnos administrativos (“prática gerencial”). Os enfermeiros também informaram a realização de ações educativas realizadas com grupos prioritários de gestantes, hipertensos e diabéticos.

[...] os enfermeiros atendem as demandas programadas para os turnos de consultório [...] a gente programa as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o pré-natal e exame de prevenção do câncer de colo do útero [...] quando a gente não está em atendimento, a gente está ou em visita domiciliar ou atividades de grupo [...]. Temos dois turnos administrativos que é reunião ou resolvendo burocracias, alimentando sistemas de informações, resolvendo as questões da unidade, ver escala [...] (E4).

Os ACS realizam diariamente visitas domiciliares de acordo com o cadastramento das famílias, organizam atividades de grupo e alimentam dados em sistemas de informação.

Faço as visitas domiciliares, acompanhando as famílias. A gente tem o E-SUS que tem que digitalizar os dados. A gente acompanha mais crianças, diabéticos e hipertensos. Faz grupos também, às vezes tem um público-alvo (ACS20).

Todo mês a gente tem que ter três grupos, exigência da secretaria [...] eu faço grupo de hiperdia [...] o enfermeiro ou a médica faz a palestra, eu só participo organizando [...] a gente fala sobre hipertensão e diabetes, qual a causa, como previne, essas coisas (ACS21).

Assim, para responder à demanda dos usuários idosos, os profissionais adotam táticas em que fazem uso das estratégias existentes para a população em geral, incluindo os idosos, tendo em vista a ausência de ações específicas para este grupo no planejamento de ações das equipes de Saúde da Família. Estas táticas envolvem:

a) Atender os idosos em consultas médicas no atendimento à demanda espontânea, geralmente em casos de agudização de doença crônica e para acompanhamento e controle de hipertensão arterial e/ou diabetes (consulta programada).

Não tem aquela consulta de enfermagem específica para o idoso, aquele idoso que tem alguma queixa e vem na unidade a gente faz o atendimento no acolhimento [...] se a gente vê que está muito debilitado, pedimos o médico para atender [...] (E4).

A maior procura dos idosos na minha área é para consultas por conta das comorbidades, principalmente hipertensão e diabetes. Tem a questão de problemas osteomusculares e saúde mental nos idosos, a depressão, transtorno de ansiedade (M10).

Nosso público maior aqui na unidade é idoso, é mais consulta médica para acompanhamento de hipertensão, diabetes ou então com alguma cardiopatia. São essas doenças crônicas para esse público [...] (E4).

A maior parte é idoso para consultas por conta das comorbidades, principalmente hipertensão e diabetes (M10).

b) Priorizar os idosos nas visitas domiciliares e incluí-los nos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos.

Nas visitas a gente dá prioridade aos pacientes que tem mais necessidade, como os idosos acamados ou que estão com dificuldade de deambular [...] então, para os idosos, tem esse atendimento, mas não é uma rotina nossa atender idosos, abrir na agenda um turno só para idoso. Tem para gestante e criança (E18).

Nas visitas eu priorizo aqueles idosos realmente acamados que necessitam do cuidado de enfermagem continuado, idosos com risco de queda, Alzheimer com sequela mais avançada e hipertenso (E11).

Tem também as visitas domiciliares para os pacientes que não tem condição de vir ao PSF, por ser acamado ou por outras comorbidades, geralmente são idosos (M10).

[...] não tem um grupo voltado especificamente para população idosa, tem para hipertensos e diabéticos que acaba sendo dessa faixa etária (E4).

Nos grupos de diabéticos e hipertensos pelos ACS são os idosos que vão (ACS20).

Quando os profissionais incluem os idosos em atividades para os usuários em geral, em especial nos grupos de educação em saúde, torna-se necessário:

a) Sair dos lugares formais (UBS) e utilizar lugares disponíveis no território. A utilização de espaços no território acontece diante da infraestrutura inadequada das UBS, ou em virtude das barreiras físicas que dificultam o deslocamento dos idosos até as unidades. E ainda, alguns idosos não conseguem se deslocar até as UBS, por isso os profissionais fazem uso de lugares próximos e acessíveis (como igrejas, parques, funerária, salão comunitário e domicílio dos ACS e/ou de algum usuário).

Para facilitar e ter acesso maior aos idosos, como essa unidade fica um pouco distante do centro, a gente vai até o centro e faz grupo na Catedral, no salão paroquial (M10).

Eu realizo os grupos no parque das Mangueiras que é um local que o pessoal usa para lazer e é mais próximo do meu território do que a própria Unidade de Saúde (M6).

Não tem atividade específica para idoso não, o que a gente faz são as atividades do grupo de hipertensos e diabéticos, eles participam, alguns a gente faz no parque João Botelho (ACS3).

Os grupos acontecem em vários lugares porque o pessoal da minha área não vem aqui na unidade, a gente faz os grupos in loco, mais perto deles, na casa de um morador chave da população [...] tem também uma funerária que a gente faz grupos lá porque o espaço é grande (E4).

A gente faz os grupos na área, porque se fizer aqui na unidade eles [os idosos] não vem porque é longe e eu tenho a barreira física que é a linha de trem, então eles têm que atravessar, como eles são idosos, fica difícil. Agora a gente conseguiu um salão no bairro [...] e a gente vai fazer os grupos lá (E13).

Não temos um local para fazer o grupo, a gente acaba pedindo [...] a gente pede na casa de famílias para fazer o grupo ou eu faço lá em casa [...] (ACS2).

b) Adequar as práticas de educação em saúde, usando atividades de natureza lúdica e valendo-se da presença do médico, do enfermeiro e da oferta de procedimentos nos grupos (como aferição de pressão arterial e glicemia) como formas convidativas.

No grupo eu gosto de trabalhar com atividades mais lúdicas, fazer um bingo educativo para tentar chamar atenção e ter um grupo mais cheio, que desperte a vontade dos usuários participarem e um motivo para sair de casa [...] (M6).

Às vezes o idoso fica muito sozinho, então a gente quer mesmo descontraír. Nos grupos a gente faz brincadeiras e bingos para distraír [...] A gente vai nas casas e avisa sobre o grupo [...] e que vai ter a presença ou do médico ou do enfermeiro, que vai ter aferição de PA, glicemia [...] (ACS20).

Eu realizo o grupo de hipertenso e diabético, não que por ser hipertenso e diabético precisa ser idoso, mas a população que vai ao nosso grupo é uma população idosa [...]. Além de aferir a pressão, faz uma coisa mais dinâmica, não exatamente palestra, é uma conversa, de passar orientações quanto ao estilo de vida [...] a importância da atividade física, uso correto de medicação, alimentação e dieta (M10).

No grupo a gente afere a pressão, glicemia, fornecemos orientação, a gente às vezes faz uma dinâmica ou então faz uma mesa redonda, faz um bate papo (E12).

Nas observações, verificou-se que os serviços ofertados pelas equipes de Saúde da Família envolviam consultas médicas programadas, de demanda espontânea e demanda imediata/urgência; consultas de enfermagem; vacinação; realização de procedimentos como curativos, aferição de pressão arterial; visitas domiciliares e grupos educativos.

Os usuários com queixas clínicas, que buscam atendimento nas UBS são submetidos à triagem, realizada pelo enfermeiro, no período matutino. Os enfermeiros utilizam o Protocolo Municipal para a recepção das Unidades Básicas de Saúde. Os usuários que passam pela triagem e cujas demandas determinam a necessidade de atendimento médico ou de enfermagem têm suas consultas marcadas. Essas consultas podem ser realizadas no mesmo dia (atendimento à demanda espontânea) ou serem agendadas (consultas programadas). A escuta da demanda por atendimento médico de urgência é realizada durante todo o período de funcionamento das UBS. Há no Protocolo uma relação das condições clínicas que sugerem atendimento médico imediato. Durante as observações, verificou-se que, para os idosos e demais usuários que adentravam as UBS nas primeiras horas do dia, imperava o encaminhamento para a consulta médica, dada a natureza da demanda - agudização de doenças crônicas (NO).

Os resultados revelaram que as estratégias na agenda semanal dos diferentes profissionais da ESF, não incluem horário e ações próprias para o cuidado aos idosos, embora estes sejam usuários que procuram frequentemente a ESF. No cotidiano de trabalho, as equipes centram-se na realização de ações determinadas para a ESF, no

atendimento à população em geral, como cadastro familiar, visita domiciliar, consultas médicas e de enfermagem e grupos de educação em saúde (BRASIL, 2011a). Estas determinações intentam ordenar o cotidiano e direcionar as práticas no “lugar próprio”, a ESF.

Nas equipes investigadas, não há uma agenda semanal compartilhada entre os profissionais, embora seja orientado o planejamento e organização desta agenda de trabalho compartilhada (BRASIL, 2011a). Esta realidade opõe-se ao entendimento de equipe multiprofissional, preconizada pela ESF, que deveria atuar na perspectiva interdisciplinar, integrando diferentes saberes com vistas a propiciar uma atenção qualificada às necessidades dos usuários (FERTONANI et al., 2015).

Na PNAB tem-se a recomendação de evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida e patologias (BRASIL, 2011a). Entretanto, há na agenda de trabalho de médicos e enfermeiros enfoque no grupo de crianças e mulheres (gestantes) e de patologias específicas, o que revela uma não contemplação da atenção à saúde do grupo de idosos pelas equipes, o que também foi observado em estudo de Onofri Júnior, Martins e Marin (2016).

No Brasil, existem políticas públicas voltadas especificamente para determinados grupos (como idosos, crianças, mulheres, homens), e reconhece-se que diante das especificidades destes diversos subgrupos, estas políticas sejam necessárias. Mas, até o presente, parece-nos não serem reconhecidas as relações entre estas políticas, que parecem não integradas, e ainda haver uma organização dos serviços voltada para o público materno-infantil. Estas políticas distintas precisam, em algum momento, serem integradas e orquestradas na organização da ESF e nas práticas dos profissionais, de modo a contemplar os distintos grupos e ciclos de vida.

A divisão da agenda de trabalho para atendimento a crianças, gestantes ou usuários portadores de patologias específicas é adotada como proposição para organização das práticas dos profissionais médicos e enfermeiros. Contudo, esta organização da agenda deve ser flexibilizada para adaptar-se às demandas dos usuários que procuram atendimento na ESF, e cujas demandas não se incluam neste modelo de organização. A este respeito, estudo apontou que na organização do atendimento à demanda por equipes de Saúde da Família eram priorizados determinados grupos populacionais, o que limita o acesso dos usuários não

pertencentes aos grupos prioritários e dificulta que a ESF seja um serviço de primeiro contato (SISSON e al, 2011).

Diante do aumento da população idosa e do número de comorbidades entre os idosos, é urgente que os serviços atendam às necessidades de saúde desta população não apenas em condições relacionadas com a doença crônica (TKATCH et al., 2016). É mister que sejam instituídas ações capazes de assegurar aos idosos que não têm doenças crônicas, manterem-se saudáveis e ativos; aos idosos em risco, que estão gerenciando uma condição crônica, ações capazes de prevenir a progressão de sua condição e prevenir futuras condições crônicas; e, para àqueles que com várias doenças crônicas, as ações de saúde devem ser voltadas para diminuir a progressão dessas condições e/ou reverter o dano (TKATCH et al., 2016).

A ESF deve minimizar as disparidades entre grupos populacionais, de modo que os idosos também sejam atendidos em suas necessidades de saúde do mesmo modo que outros ciclos de vida. Para tanto, as especificidades, advindas das características clínico-funcionais e sócio-familiares peculiares aos idosos, e a heterogeneidade da população idosa, com suas novas demandas de cuidado devem ser priorizadas na organização e oferta de serviços (VERAS, 2015).

Desse modo, a ESF como porta de entrada para o sistema local de saúde requer nova lógica de organização e planejamento de atividades voltadas à saúde dos idosos. Os profissionais das equipes de Saúde da Família devem considerar as necessidades da população já envelhecida e em processo de envelhecimento no planejamento da agenda de trabalho, que precisa ser reformulada e compartilhada em equipe e de forma sistemática; além de instituir estratégias de prevenção à saúde ao longo da vida, para que os indivíduos cheguem à velhice com qualidade de vida.

No lugar ESF existem estratégias que o circunscrevem, mas também táticas dos sujeitos, um “fazer” que opera o escape das amarras circunstanciais e constroem o cotidiano tal como ele acontece (RATES, 2016). As táticas no cotidiano de trabalho ocorrem quando, diante da confrontação com a realidade, as estratégias específicas para a atenção aos idosos não são viabilizadas. Os profissionais usam táticas para responder às demandas do cotidiano, incluindo os idosos (pois não são específicas para este grupo) nas ações previstas para a população em geral, considerando que não há na agenda de trabalho horário e nem ações voltadas ao atendimento deste grupo. As práticas dos profissionais ainda são focadas no acompanhamento de

doenças crônicas que, frequentemente, acometem os idosos, e no atendimento a outros grupos, como gestantes e crianças.

Os profissionais revelaram que os idosos são comumente atendidos em consultas médicas no atendimento à demanda espontânea, em caso de agudização de doença crônica; e para o acompanhamento e controle de hipertensão arterial e/ou diabetes (consulta programada, e, ao que parece, sem orientação específica dirigida às demais necessidades de saúde apresentadas pelos idosos. Este panorama provém do Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), um sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários portadores destas doenças crônicas na ESF (BRASIL, 2002c).

No estudo de Oliveira e Menezes (2014) foi verificado que o cotidiano das enfermeiras da ESF, no que tange à saúde do idoso, está restrito ao atendimento no programa HiperDia, estruturado para atender hipertensos e diabéticos de qualquer idade, não havendo um direcionamento para os idosos, uma vez que estes usuários não representam o foco do programa. Nesse entendimento, não se pretende negar a relevância das estratégias vinculadas ao programa HiperDia. Tal programa é indispensável frente à carga epidemiológica das DCNT, ao possibilitar assistência aos usuários com condições crônicas realizada pelos profissionais de saúde da ESF.

Os médicos e enfermeiros relataram a não existência de consulta específica para o idoso. Esta realidade é contraditória, considerando que a maioria dos usuários que demandam atendimento é de idosos, mas consultas específicas são para outros grupos (crianças e gestantes); também são excluídos os adultos, perdendo-se a oportunidade de desenvolver atividades voltadas para a promoção do envelhecimento ativo e, portanto, ao longo da vida; revela uma individualização da assistência, pois as famílias envolvem pessoas de todas as idades e, se a assistência fosse direcionada à família focalizaria todos os seus membros em suas necessidades. A sistemática abordagem à família permitiria o cuidado de cada membro familiar em seu ciclo vital (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014).

Assim, impõe-se como desafio que a consulta ao idoso realizada na ESF não centre apenas nas apresentações clínicas das doenças e no tratamento (“envelhecimento patológico”), sem orientação específica dirigida às particularidades dos idosos que se diferenciam da população adulta.

A priorização de usuários idosos na visitas domiciliares foi informada pelos profissionais, que atribuíram valor positivo a esta prática, pois consideram que através destas podem realizar cuidado no domicílio aos idosos que apresentam alguma dificuldade de locomoção até a unidade de saúde. Nas equipes estudadas, observou-se que, as visitas domiciliares aos idosos eram realizadas com maior frequência pelos ACS. A visita por médicos e enfermeiros acontecia quando da indicação de sua necessidade pelo ACS, geralmente quando o idoso estava acamado ou impossibilitado de ir até a UBS e necessitava de alguma intervenção médica ou de enfermagem no domicílio (NO). Não houve relato da realização de visitas domiciliares como atividade organizada a partir de um planejamento coletivo dos membros da equipe. Entretanto, na PNAB é previsto que as visitas sejam programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade dos usuários/famílias (BRASIL, 2011a).

Dentre as atividades realizadas pelos enfermeiros, a visita domiciliar foi reconhecida como a principal que inclui os idosos, considerando que não há consulta de enfermagem para este grupo, assim como não há na agenda médica (mas, paradoxalmente, os idosos são a maioria que demandam consultas). Diferente do que foi revelado pelos entrevistados, estudo realizado com enfermeiras que atuam na ESF do município de Florianópolis, mostrou que além da visita domiciliar, a consulta de enfermagem é outra ação desenvolvida pelas enfermeiras na atenção ao idoso (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

Os profissionais também destacaram como atividade que inclui os idosos, os grupos ditos “preconizados”. Não há atividades de grupos voltados às ações educativas relativas à saúde dos idosos, embora estes sejam a maioria dos usuários que frequentam os grupos de hipertensos e diabéticos.

Nestas circunstâncias, as ações educativas realizadas pelos profissionais da ESF por meio dos grupos ainda precisam vislumbrar possibilidades de transformações, considerando que os grupos organizados são centrados em doenças. A metodologia de trabalho em grupo pode ainda estar ancorada em uma proposta pedagógica tradicional, voltada para a transmissão de orientações (“as palestras”).

Nesse entendimento, não se pretende negar no trabalho em grupos a validade de momentos explicativos sobre doenças, em que o profissional de saúde expõe sobre determinado conteúdo, mas destacar a necessidade de reflexão das equipes da ESF

sobre a importância do trabalho em grupo com idosos, a ser utilizado com envolvimento dos participantes, superando ações educativas que objetivam apenas as mudanças comportamentais por meio de prescrição de condutas saudáveis aos usuários.

Os resultados revelaram que as atividades educativas por meio dos grupos não são restritas aos lugares definidos para tais atividades, elas acontecem, graças às táticas dos profissionais, em especial dos ACS, em diferentes lugares (e espaços). Isso reitera a contribuição do estudo no sentido de demonstrar outras possíveis maneiras de fazer atividades educativas em grupos que, não necessariamente, circunscrevem-se em demarcações fixas de lugares. Assim, institui-se a tática de apropriação de lugares informais no território, que vai desviando ou redefinindo os lugares definidos pelas estratégias.

As táticas impõem-se na necessidade do cotidiano (CERTEAU, 2012). E, de fato, a tática de apropriação de lugares surge diante da necessidade dos profissionais lidarem com o espaço físico inadequado das unidades ou da necessidade de uso de lugares próximos e acessíveis para os usuários, especialmente os idosos.

Nessas circunstâncias, os profissionais utilizam táticas para produzir novos espaços em meio a diferentes lugares, tal como diz Certeau (2012), que as táticas somente podem operar a partir de um lugar. Os espaços abertos pelas táticas são, na verdade, a prática de um lugar, logo, as táticas não podem ser pensadas sem um lugar (JOSGRILBERG, 2005).

Os profissionais aproveitam ocasiões favoráveis, ou seja, as possibilidades permitidas pelas configurações espaciais disponíveis no território, e criam nos lugares oportunidades para as atividades de grupo. Impera aí uma apropriação de espaço revelada no aproveitamento de uma ocasião, na operação de golpe por golpe, lance por lance (CERTEAU, 2012). A realização das atividades educativas por meio dos grupos em diferentes espaços revela que os espaços são plurais por que são plurais as experiências dos praticantes com o espaço, como destaca Certeau (2012).

Reconhece-se nos profissionais a capacidade de articulação (com os moradores para uso dos domicílios destes) e a criatividade (uso de igrejas, parques, funerárias, salão comunitário), muitas vezes ocultas, ao invés de em aberto, quando propõem outras maneiras de fazer os grupos nestes lugares. Estes lugares ganham, assim, o sentido de espaço praticado a partir do uso pelos ACS, que dão margem a

outras formas de apropriação destes lugares diferentes do que foi projetado ou programado.

É na ocasião da realização de grupos que os lugares (igrejas, parques, funerárias, salão comunitário, funerária) abrem caminhos para os espaços. Trata-se de formas de apropriação e realização espacial do lugar, que correspondem a manipulações sobre os elementos de base de uma ordem construída (CERTEAU, 2012). Assim, os profissionais apropriam-se das possibilidades permitidas pela configuração espacial do lugar e transformam este lugar do outro, que detém uma finalidade delimitada e circunscrita, em espaço dinâmico e móvel. Após o término da atividade de grupos estes espaços retomam seus lugares e volta a imperar a ordem. Há necessidade de produção destes espaços sempre que as atividades educativas em grupo forem realizadas. Certeau (2012) trata desta relação de movimento, de dinamismo entre lugar/espaço, onde lugares se transformam em espaços ou espaços em lugares.

A utilização do lugar funerária para a realização das atividades educativas levamos a pensar na tática que subverte o lugar, que não se circunscreve à normatividade (CERTEAU, 2012). A respeito da subversão, Certeau dá exemplos de sociedades indígenas subjugadas pela colonização espanhola:

[...] submetidos e mesmo consentindo na dominação, muitas vezes esses indígenas faziam das ações rituais, representações ou leis que lhes eram impostas outra coisa que não aquela que o conquistador julgava obter por elas. Os indígenas as subvertiam, não as rejeitando diretamente ou modificando-as, mas pela sua maneira de usá-las para fins e em função de referências estranhas ao sistema do qual não podiam fugir (CERTEAU, 2012, p. 39).

Neste estudo, os profissionais das equipes de Saúde da Família usam táticas para subverterem as situações adversas, dificultadoras do cotidiano, o que revela que as estratégias não dão conta das singularidades requeridas no contexto dinâmico do trabalho em saúde. Os profissionais revelaram a tática de utilização da funerária, que constitui-se em um lugar circunscrito, delimitado, com uma finalidade específica de realizar velórios e/ou venda de urnas mortuárias. A tática de utilização deste lugar, transformando-o em espaço, revela a ideia de Sant'anna (2009) de que o espaço é o lugar subvertido por componentes que suscitam a incoerência e o imprevisível. As táticas são formas de tomar posse, temporariamente, de lugares instituídos, tornando-

os espaços praticados, sem, contudo, se estabelecerem ou fixarem legitimidade como partes da ordem institucional (SCHMIDT, 2013).

O uso do lugar funerária, transformando-o em espaço, revela ainda que não há inflexibilidade ou binarismo conceitual entre lugar e espaço, pois tanto as práticas podem ajustar espaços a lugares, como subverter lugares em espaços, o que demonstra a dinamicidade que marca o cotidiano (LEITE, 2010). Os ACS, por meio dos itinerários traçados, conformam novos espaços para a realização das atividades em grupos.

Seguem-se as táticas nas maneiras dos profissionais adequarem as práticas de educação em saúde. Para incluírem os idosos nos grupos, valem-se da presença do médico, enfermeiro e da oferta de procedimentos, como aferição de pressão arterial e glicemia, e atividades lúdicas (por exemplo, o bingo, dinâmicas de verdadeiro ou falso e utilização de imagens) como formas convidativas. Trata-se de adequação (tática) para romper a lógica tradicional das atividades educativas pautadas nas palestras.

O lúdico é um recurso privilegiado para explorar os significados culturais reconhecidos e valorizados no contexto dos usuários e, por isso, constitui-se como importante dispositivo para o desenvolvimento da consciência crítica e da autonomia dos envolvidos (MARTINS et al., 2011). Estudo realizado com usuários de um grupo de hipertensos e diabéticos na ESF, revelou que atividades lúdicas foram eficazes para promover a aprendizagem de forma descontraída e motivavam a participação nos encontros, favorecendo a compreensão dos assuntos abordados (SILVA et al., 2014a).

Do mesmo modo, a adoção do lúdico nas atividades em grupos revelam o ato criativo do trabalho em saúde, denotado pelas reinvenções por parte dos profissionais nos encontros com os usuários. Estes encontros são permeados pelas tecnologias leves, manifestadas na interações entre os sujeitos, as quais permitem relações de responsabilização e constituição de saberes (FARIA; ARAÚJO, 2010). Acredita-se que a abordagem lúdica nos grupos, um espaço relacional, favorece a interação e troca de saberes entre profissionais e usuários, além de tornar o ambiente espontâneo e menos normatizado, promovendo o envolvimento do idoso no cuidado à sua saúde.

As discussões entrelaçadas por esta categoria proporcionaram uma compreensão do fazer cotidiano de profissionais de equipes de Saúde da Família.

Este fazer se coaduna com o que é normatizado pelas legislações que organizam o lugar ESF. As ações desenvolvidas na atenção ao idoso não são específicas para este grupo etário, diferentemente do que acontece para o público materno - infantil. Desse modo, os profissionais adotam táticas que acabam por incluir os idosos nas ações previstas para a população em geral. Ainda há uma visão sobre a doença que direciona o cenário do cuidado ao idoso em programas ministeriais que demarcam o cotidiano de trabalho.

5.2 Fluxos de atendimento ao idoso: entre mapas e percursos

Esta categoria trata dos fluxos dos usuários idosos entre diferentes serviços, uma questão estratégica para a qualidade da assistência, seja na movimentação dos mesmos em um único serviço ou entre diferentes níveis de complexidade do SUS, visando assegurar o cuidado no serviço certo com a otimização dos recursos existentes.

Os profissionais relataram que no cotidiano trabalham entre mapas e percursos. Os mapas seguem o modelo, ditam uma ordem espacial que organizam um conjunto de possibilidades (CERTEAU, 2012). Neste estudo, os mapas representam os fluxos formais de encaminhamento de idosos pela ESF para outros programas e serviços que incluem o CRASI-EFO, para idosos frágeis; e o Programa Melhor em Casa, para idosos que requerem atenção domiciliar.

Aqui no município tem o Centro do Idoso, que é o Centro Mais Vida [CRASI-EFO], lá tem o acompanhamento multiprofissional aos idosos. Através da consulta com o médico aqui na ESF, se o idoso tiver algum critério é encaminhado, através de agendamento (M10).

Tem o Melhor em Casa, que também abraça o idoso. E aí, quando o profissional enfermeiro avalia e, se o idoso precisar desse cuidado, o idoso pode ser atendido pelo Melhor em Casa com curativos em casa, uma fisioterapia (ACS5).

Tem o Melhor em Casa também, o acompanhamento é para aqueles pacientes acamados e que precisam de uma demanda específica, como troca de curativo e, a maior parte é paciente idoso (M6).

Apesar da ordem estabelecida nos mapas, os percursos sinalizam rupturas nos fluxos previamente definidos. Embora haja fluxos programáticos visando orientar o percurso dos usuários entre os serviços, esses nem sempre correspondem àquele percorrido ou almejado. As rupturas nos fluxos decorrem do desconhecimento, por parte dos profissionais da ESF, dos atendimentos ofertados no CRASI-EFO e dos

critérios para o encaminhamento do idoso a este serviço. A falta de informações sobre como viabilizar o atendimento do usuário no Programa Melhor em Casa também foi revelada.

Eu percebo que existe uma falha de comunicação muito grande entre esses dois elos [ESF e CRASI] porque a unidade básica muitas vezes não sabe o funcionamento do centro. Tem idoso que chega aqui e quer ser atendido pelo ortopedista, a gente não tem esse serviço [...] tem paciente que vem com pressão alta e é a unidade básica que tem que tratar. Eu percebo que muitas vezes a unidade básica não sabe realmente o funcionamento do centro (IC22).

Eu não sei direito como funciona a questão burocrática de conseguir, e não tenho muito uma relação, eu não encaminho para o Melhor em Casa, mas sei que eles fazem o acompanhamento daqueles que precisam de reabilitação, por exemplo, um paciente que sofreu um AVE, está sequelado e às vezes precisa de fisioterapia, eles vão acompanhando durante um tempo até darem alta, então não tem seguimento contínuo, igual tem no PSF, é provisoriamente pelo Melhor em Casa e contínuo aqui pelo PSF(M10).

O encaminhamento dos idosos para os serviços de referência não assegura um atendimento ágil, sendo informada a demora no agendamento, o que exige, com frequência, comunicação do profissional da ESF com estes serviços, na tentativa de que este agendamento seja breve.

Só demora um pouco [o Programa Melhor em Casa] porque eu acho que a demanda é muita, e aí quando solicita, não é rápido, não é ágil, mas a gente insistindo, uma hora consegue (ACS5).

As primeiras consultas sempre são agendadas mais rápidas, o retorno demora mais [...]. Assim é muito burocrático o atendimento do CRASI, ele seleciona muito os pacientes, então não é qualquer idoso que chega até lá (CE24).

Outra situação identificada diz respeito à demora no envio ou a não realização da contrarreferência pelos serviços de referência, o que pode implicar na descontinuidade do cuidado aos idosos e baixa resolubilidade dos casos.

Na verdade, nunca recebi uma contrarreferência do Melhor em Casa. Às vezes eu preciso de alguma coisa, eu telefono para o pessoal do Melhor em Casa para poder tirar alguma dúvida ou solicitar alguma coisa (M6).

Assim, no papel é tudo muito lindo, mas a contrarreferência do CRASI não tem vindo ou é demorada, mas o que a gente tem é isso (M16).

O atendimento no CRASI é ótimo, os idosos elogiam, mas a contrarreferência acho que é um pouco deficitária, demorada (E18).

Não tem muito vínculo assim de ser um dependente do outro [ESF e o Programa Melhor em Casa], nem deles [Programa Melhor em Casa] compartilharemos o caso conosco [ESF] (M10).

No entanto, após o atendimento no CRASI-EFO, há outras visões positivas de alguns entrevistados que relataram que o idoso é contrarreferenciado à ESF com os exames realizados e o plano terapêutico. Do mesmo modo, foi destacada uma “parceria” com o Programa Melhor em Casa.

O CRASI é um dos melhores serviços de contrarreferência que temos, porque tudo que o paciente faz eles mandam depois para a unidade básica de saúde na contrarreferência e o que devemos fazer para dar continuidade ao trabalho aqui (E4).

Funciona muito bem a referência e a contrarreferência entre a ESF e o Centro do Idoso. A gente preenche um formulário informando que o idoso precisa realmente de uma avaliação especializada do geriatra, lá realizam uma avaliação, elaboram um plano de cuidados e mandam como contrarreferência (M17).

Nós [ESF e o Programa Melhor em Casa] temos até uma parceria boa, a gente sempre mantém contato também quando tem alta de algum paciente sendo idoso ou não eles [o Programa Melhor em Casa] trazem o papel "tal paciente está de alta, a partir deste momento vocês assumem" [E11].

Em um só tempo, embora tenham sido destacadas ações articuladas a partir da referência e contrarreferência, os profissionais revelaram interrupção no cuidado ao idoso devido às dificuldades das equipes em executarem as orientações contidas no plano terapêutico enviado pelo serviço de referência.

A equipe não consegue trabalhar tudo que ele [o CRASI-EFO] coloca, como fisioterapia, nutricionista que são de difícil acesso ao Saúde da Família e então, a gente não está colocando em prática [...] (E11).

Acredito que é um pouco difícil realizar tudo que está no plano de cuidados que vem do CRASI, pela quantidade de coisa, não é tão eficaz da maneira que o Centro faz o planejamento (E13).

O idoso é encaminhado a outros serviços quando a ESF não oferece o atendimento especializado que ele necessita, sendo comum o encaminhamento para o CRASI-EFO e o Programa Melhor em Casa. A Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES é a instituição credenciada como Centro Mais Vida na Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, sediando o CRASI-EFO, que atende como anexo às instalações do Hospital Universitário/UNIMONTES e é vinculado ao Governo do Estado, por meio da SES MG. A sua área de atuação compreende os municípios da Região Ampliada de Saúde do Norte de MG.

O CRASI-EFO presta assistência a idosos em situação de alto risco e/ou frágeis, referenciados por equipes da APS/ESF ou outro serviço, sendo o

agendamento realizado pela Central de Regulação Assistencial, sob a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros (SOUZA et al., 2016).

A equipe multiprofissional do CRASI-EFO é composta por:

[...] médicos, enfermeiros, assistente social e fisioterapeuta. É previsto também psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, mas, no momento estamos aguardando, solicitamos a contratação (IC22).

Quanto à dinâmica de atendimento dos idosos no CRASI-EFO:

Quando o idoso vem para primeira consulta, o médico solicita os exames como densitometria óssea, exames laboratoriais e o eletrocardiograma que são feitos aqui no centro e outros que são terceirizados como a tomografia de crânio. O médico avalia estes resultados de exames, preenche o plano de cuidado e sugere o que o médico da unidade básica tem que fazer com esse paciente, nós mandamos este plano para a unidade básica e lá eles vão fazer o acompanhamento vendo o que foi sugerido pelo médico do Centro. Após um ano, o idoso pode ser encaminhado novamente, aí ele vai vir como retorno. Aqui a gente só vai acompanhar os casos de Parkinson, Alzheimer e osteoporose (IC22).

Na consulta médica na ESF, o idoso é avaliado quanto à presença de critérios que indicam condição de fragilidade e requerem o encaminhamento para o CRASI-EFO, sendo utilizado o formulário de referência (Anexo B). O conceito de fragilidade, embora controverso, está relacionado a uma condição clínica preditora de risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte (MORAES, 2012). Conforme a Linha Guia Atenção à Saúde do Idoso/SES MG, idoso frágil é aquele com 80 anos de idade ou mais; ou aquele com 60 anos ou mais, que apresente, no mínimo, uma das seguintes características: polipatologias (≥ 5 diagnósticos); polifarmácia (≥ 5 medicamentos ao dia); imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium); e, dependência nas atividades básicas de vida diária (SES MG, 2010).

Outro aspecto revelado pelo entrevistado M16 diz respeito a insatisfação pelo fato de o atendimento no Centro ser apenas para idosos que preenchem os critérios para encaminhamento, tomados aqui como elementos de estratégia e, portanto, normatizadores.

No CRASI tem uma equipe multiprofissional, que só atende o idoso frágil. Se a gente está trabalhando com promoção e prevenção, a gente tem que pegar esse idoso mais cedo, é só o grupo de risco que vai para o CRASI, e o meu grupo de não risco, que é a maioria, não tem esse apoio (M16).

A promoção e prevenção precoce para evitar incapacidades, como citadas pelo entrevistado, é atribuição da ESF e não de serviços especializados. O CRASI-EFO é um serviço de referência para o atendimento aos idosos frágeis. A identificação de idosos em risco para fragilidade e/ou frágeis é fundamental para o planejamento das ações em saúde, que deve basear-se no diagnóstico da população adscrita à equipe de Saúde da Família. Esta identificação possibilita que os idosos sejam encaminhados para o serviço de referência, o que não exclui dos profissionais das equipes de Saúde da Família a responsabilidade em manter a vinculação e coordenação do cuidado a estes idosos, mesmo que estejam sendo assistidos também em outros pontos de atenção da rede.

O Programa Melhor em Casa também foi apontado como serviço de referência para o encaminhamento de idosos que apresentam situações nas quais o serviço de atenção domiciliar é indicado.

O Programa Melhor em Casa foi implantado em Montes Claros pela Secretaria Municipal de Saúde, em 2013 (NO). À época da coleta de dados, o serviço de atenção domiciliar era constituído por quatro EMAD compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico em enfermagem; e uma EMAP composta por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo (NO).

Destaca-se que o Programa Melhor em Casa não é específico para o atendimento aos idosos e, portanto, realiza atenção domiciliar a outros usuários cujas demandas são referenciadas pelos diferentes serviços da rede, como dos hospitais do município. A Atenção Domiciliar deve envolver ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Os profissionais não informaram a existência de documentos que normatizavam referência, fluxos e critérios para atendimento do usuário no Programa Melhor em Casa, o que revela encaminhamento até certo ponto informal e fluxo desordenado para o acesso dos usuários ao serviço de atenção domiciliar. O telefone é o canal disponível nas unidades para o contato com o Programa Melhor em Casa, objetivando responder às demandas emergentes e estabelecer cuidados para os usuários no domicílio.

Os profissionais das equipes de saúde da família investigadas consideram os serviços locais existentes para tentar viabilizar o cuidado ao idoso, mas parece não haver uma definição clara dos fluxos pactuados pela gestão municipal, sendo o mapa desenhado mais por iniciativa dos próprios profissionais, relativa às suas interações, em um contexto marcado por rupturas. Neste particular, é fundamental o mapeamento da rede de serviços e a definição de fluxos e de critérios para o atendimento de usuários idosos nos diferentes pontos de atenção à saúde (PROTASIO et al., 2014).

Os percursos no cotidiano de trabalho sinalizam que há rupturas nos fluxos previamente definidos para o encaminhamento de idosos a outros serviços. Isto nos remete à proposição de Certeau de que o cotidiano também se constitui de rupturas, e não apenas das normatividades esperadas (LEITE, 2010). Também revelam fragilidades na integração entre equipes de Saúde da Família e de cuidados especializados no SUS, pois, na maioria das vezes, funcionam como pontos de atenção à saúde isolados e fragmentados (CONILL; FREIRE; GIOVANELLA, 2011; PROTASIO et al., 2014).

Nessas circunstâncias, a proposta é que o SUS se estruture em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que constituem arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, o primeiro nível de atenção, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

A construção de RAS deve ser orientada pela estruturação de Linha de Cuidado, uma estratégia que visa aos fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário no SUS (BERWIG et al., 2016). A proposta de linha de cuidado aos idosos requer a definição de itinerários assistenciais como meio de organizar o fluxo destes usuários de acordo com seu grau de fragilidade (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

No âmbito estadual, a Secretaria de Estado de Saúde do Governo de MG (SES MG), por meio da Resolução Nº 1.583/2008, instituiu o Programa Mais Vida e a Rede de Atenção à Saúde do Idoso (SES MG, 2008). Em 2010, a Resolução SES Nº 2.603, de 7 de dezembro, dispõe sobre o Programa Mais Vida - Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais (SES MG, 2010). Esta Rede é composta por: equipes de

APS; Centro Mais Vida; e hospitais referenciados; Atenção domiciliar; Hospital dia; Centro de especialidades; Reabilitação; Cuidados paliativos; e Instituição de longa permanência para idosos – ILPI. O Centro Mais Vida, enquanto ponto de atenção de média complexidade desta Rede deve atuar de maneira integrada à atenção primária e à atenção terciária, objetivando a atenção integral à saúde do idoso (SES MG, 2010).

Cabe ressaltar que, apesar de ter sido instituída a Rede de Atenção à Saúde do Idoso no âmbito estadual, esta Rede ainda não foi efetivada em ações no cotidiano em nível municipal, notadamente no que se refere à articulação entre os pontos de atenção. A consolidação desta rede, em parte, pauta-se em seu principal pilar, que seja a capacidade de articulação entre os pontos de atenção.

Nessa direção, Lavras (2011) ressalta que há desarticulação entre os serviços do SUS e entre as práticas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo. Também no Sistema Nacional de Saúde Espanhol ainda é frágil a integração entre APS e cuidados especializados, que funcionam com estruturas de gestão separadas (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

A articulação entre diferentes serviços, em uma perspectiva de Rede de Atenção à Saúde do Idoso, pressupõe o alcance da integralidade que, conforme apontada por Viegas e Penna (2015), tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças, como nos casos de fragmentação e descontinuidade do cuidado aos usuários.

A atenção integral no elenco das ações da PNSPI, deve acionar os pontos em todos os níveis de atenção da rede assistencial, atuando contra a fragmentação do cuidado de condições específicas do processo de envelhecimento. Isso nos remete a Hartz e Contandriopoulos (2004) quando abordam que a integralidade requer a integração dos serviços, por reconhecer que nenhum deles dispõe de todos os recursos necessários para atender as diferentes demandas de saúde dos usuários; a integralidade não é alcançada na dimensão de um serviço singular, ao contrário, é preciso que a integralidade transversalize toda a rede.

Contudo, os resultados revelaram que a ESF e demais serviços de atenção à saúde do idoso não funcionam de forma integrada, o que é revelado por um ineficiente fluxo de referência e contrarreferência. Esses dados corroboram com o estudo de Pereira e Machado (2016) que apontaram dificuldades na articulação entre os níveis

de atenção, pautadas no sistema de referência e contrarreferência, cujas maiores dificuldades reportam os encaminhamentos da APS para as unidades hospitalares em uma microrregião de saúde no estado do Rio de Janeiro. Do mesmo modo, estudo realizado na Paraíba revelou que existem fragilidades na integração da RAS em relação ao ordenamento e definição do fluxo, em especial na contrarreferência, fato que pode comprometer a integralidade e o papel da ESF de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS (PROTASIO et al., 2014).

Outra situação identificada nos relatos se refere a demora dos idosos em obter atendimento nos serviços de referência, o que também tem sido reportado em outros estudos (SANTIAGO et al., 2013; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). O CRASI-EFO realiza atendimento aos idosos dos diversos municípios da Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, e não apenas de Montes Claros, o que pode implicar em alta demanda e demora nos atendimentos. Por sua vez, o Programa Melhor em Casa não é específico para o atendimento aos idosos e, portanto, realiza atenção domiciliar a outros usuários cujas demandas são referenciadas pelos diferentes serviços da rede, como dos hospitais do município, o que pode estar relacionado à demora do atendimento aos usuários.

À medida que a população envelhece, crescem as demandas na atenção domiciliar para o cuidado com o idoso. Estudo de revisão integrativa revelou diversidades de condições de saúde e de situações que se configuram como demandas para a atenção domiciliar, dentre estas são frequentes nos idosos as doenças crônicas, suporte ventilatório, acamados crônicos e sequelas de acidente vascular cerebral (BRAGA et al., 2016). Esta última condição também foi revelada no presente estudo, em um contexto de desarticulação dos serviços.

Eu também já encaminhei um paciente [para o Programa Melhor em Casa], era um sequelado de acidente vascular cerebral e precisava de fisioterapia e não tinha condição de locomover, só que eu não tive retorno (M7).

A demora dos idosos em obter atendimento nos serviços de referência pode aumentar os custos financeiros, por demandar cuidados em níveis de atenção mais complexos e comprometer o cuidado aos idosos, tendo em vista que as comorbidades frequentes neste grupo aceleram o surgimento de complicações e as incapacidades (SANTOS et al., 2016). Diante disso, reitera-se a importância do investimento em serviços ou programas gerontológicos e geriátricos e de atenção domiciliar, que

ainda são incipientes nos diversos municípios, e, nos cenários em que estão instalados, persiste o desafio de que o atendimento ao idoso seja realizado em um fluxo ágil de atenção continuada (GONÇALVES; ALVAREZ, 2004).

Os resultados revelaram que os serviços de referência podem não reconhecer a importância da ESF, especialmente no seu papel de coordenação do cuidado em rede, ao que se associa a demora ou não envio da contrarreferência no fluxo entre os serviços. As informações contidas na contrarreferência são necessárias para a continuidade e coordenação do cuidado aos idosos pelas equipes de Saúde da Família (ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012). Através do sistema de referência e contrarreferência, espera-se promover a integralidade e a continuidade do cuidado, por meio da comunicação entre os serviços (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

No entanto, referência e contrarreferência não têm sido exitosas por dificuldades dos profissionais e serviços que apresentam problemas e queixas nos dois pontos responsáveis. Esta realidade aponta para a necessidade de organizar e integrar o sistema de saúde local em rede, sendo imprescindível a delimitação do fluxo assistencial dos usuários entre os serviços, envolvendo um sistema de referência e contrarreferência, de forma que a ESF seja tomada como coordenadora do cuidado.

Observamos também nos relatos a necessidade do idoso ser contrarreferenciado à equipe de Saúde da Família com plano terapêutico após a reabilitação no CRASI-EFO, cabendo à equipe da ESF executar o plano terapêutico. Contudo, as equipes de Saúde da Família enfrentam dificuldades para implementar as ações expressas no plano de cuidados enviado pelo CRASI-EFO, o que pode ocasionar limitações para a continuidade do cuidado ao idoso. O atendimento ao idoso por fisioterapeutas e nutricionistas expressa no plano e revelada por um entrevistado, não é passível de ser realizado na ESF e requer que o usuário seja encaminhado para outros serviços que tenham estes profissionais.

Neste sentido, evidencia-se que não há o compartilhamento de informações entre os profissionais da ESF e do CRASI-EFO, e, vice-versa, tendo em vista que parece haver desconhecimento, por parte dos profissionais do CRASI-EFO, dos recursos humanos de que dispõem as equipes de Saúde da Família. Esta situação pode se traduzir em práticas desarticuladas pelos profissionais destes serviços. Desta forma, as equipes de Saúde da família e a equipe multiprofissional do CRASI-EFO

necessitam envidar esforços no sentido de construir planos terapêuticos de forma compartilhada.

Diante dos resultados, compreende-se que é necessário que a gestão municipal, responsável pelo planejamento de ações em saúde, reconheça a necessidade de adoção de estratégias para a organização da assistência na perspectiva de redes de atenção à saúde, na qual haja articulação entre as equipes de Saúde da Família e demais serviços, para que se obtenha atenção qualificada e resolutiva aos idosos. Adicionalmente, os profissionais dos diversos serviços de atenção ao idoso necessitam estabelecer formas compartilhadas de cuidado, permeada pela corresponsabilidade entre os atores envolvidos. Em especial, aos profissionais da ESF, pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, cabe conhecer as necessidades dos idosos para planejar e executar ações que envolvam as especificidades dessa população.

As discussões realizadas nesta categoria sinalizam que, embora os mapas estejam traçados a partir de estratégias, a realidade cotidiana requer que os profissionais, por meio de táticas, instaurem percursos que possibilitam o atendimento das necessidades e demandas de cuidado apresentadas pelos idosos. Urge a necessidade de estruturação de uma rede de atenção para garantir a integralidade do cuidado ao idoso, embora seja algo complexo, especialmente pelas fragilidades na articulação entre os diferentes serviços. A devida articulação entre os serviços precisa ser construída no cotidiano dos serviços, na forma como o sistema local de saúde é gerido e organizado para a assistência ao idoso. Isso fará diferença nesse momento de envelhecimento populacional.

5.3 “Em vista do que tinha já melhorou bastante”

Nesta categoria os participantes revelaram facilidades na atenção à saúde do idoso, como a proximidade entre a ESF e o domicílio dos usuários adscritos, o acesso a consultas médicas e exames, embora a realização dos exames seja demorada.

Facilidade é em questão de ter um PSF perto da casa, onde o idoso pode receber a visita domiciliar, pode vir direto ao enfermeiro e, dependendo do caso, conseguir a consulta médica no dia (E12).

Eu acho que a Atenção Primária melhora muito a questão da saúde não só dos idosos como da população em geral, pela questão de ter o atendimento, as consultas que a gente pode ofertar (M10).

Dentro da minha equipe a gente tem uma atenção voltada pra eles, a questão do cuidado, da consulta do hipertenso e do diabético então a gente tem um olhar cuidadoso pro idoso [...] (ACS19).

O acesso do idoso à ESF, o vínculo entre as equipes e os usuários e a longitudinalidade foram destacados por um profissional.

Facilidade é o acesso, a proximidade, a possibilidade do médico ir à casa do idoso, conhecer todo o contexto e da família, a longitudinalidade, a criação de um vínculo a longo prazo eu acho que é fantástico e fundamental, e isso a gente pode ofertar para os idosos (M6).

Do mesmo modo, a possibilidade de inserção dos idosos nos grupos de educação em saúde e a visita domiciliar a estes usuários pela equipe de saúde da família também foram tratados como aspectos favoráveis à atenção ao idoso na ESF.

As ações que dependem da gente, que são as consultas médicas aqui do PSF, os grupos que a gente tem agendamento todo mês e a visita domiciliar é bem tranquilo [...] (E4).

[...] existe a questão da busca ativa, que a gente vê necessidade de avaliar, se é um curativo, se sofreu um derrame, aí a gente faz uma visita e programa a visita do médico ou do enfermeiro (ACS19).

Outro profissional relatou facilidade em relação ao acesso do idoso aos medicamentos.

[...] o medicamento eles têm acesso, pega tudo de graça nos postos de saúde e nas farmácias também (ACS 21).

Além disto, a possibilidade de encaminhamento do idoso para o CRASI-EFO, como serviço de referência para o idoso frágil, foi outro aspecto favorável à atenção ao idoso revelado pelos participantes.

Aqui nós temos um centro de referência em Montes Claros, o Centro Mais Vida [CRASI-EFO], que a gente encaminha pra lá os idosos frágeis [...] então aqui tem essa referência que nos tranquiliza (E14).

Eu acho que tem melhorado essa questão da saúde dos idosos por isso de já ter a inserção da equipe multiprofissional lá do centro do idoso e o idoso poder ter um acompanhamento (M10).

[...] o idoso que não tem comorbidade, não tem nenhuma condição que requeira um atendimento especializado, a gente faz o acompanhamento aqui mesmo na unidade, só aqueles que necessitam que a gente encaminha para o CRASI e a consulta sai rápido, não demora (M17).

Relembrando o passado da atenção ao idoso, os entrevistados apreciaram o atendimento ofertado na ESF no tempo presente, considerando-o como “bom”, havendo a necessidade de melhorias.

Acho que o atendimento do idoso é bom [...] poderia ser melhor, mas, na medida do possível, a gente tenta fazer com que sejam atendidos nas consultas (ACS20).

Na nossa equipe a gente dá muita atenção para o idoso, só que, conforme aumentou as demandas, diminuiu aquela atenção, mas ainda há uma prioridade, acho que há prioridade para o idoso, a assistência que damos para ele considero boa (ACS8).

Em vista do que tinha já melhorou bastante, porque antes não tinha e hoje o idoso vai até a unidade e tem atendimento, consulta [...] (ACS3).

Em relação ao idoso, até então, eu não vejo dificuldade, porque eles conseguem os exames, embora demore um pouco às vezes, e as consultas médicas (E13).

Os profissionais revelaram facilidades na atenção aos idosos na ESF, mesmo diante da ausência de ações específicas para estes usuários na agenda de trabalho das equipes, das dificuldades de articulação entre a ESF e outros serviços de referência para o cuidado aos idosos, com rupturas no fluxo da assistência, discutidos em categorias anteriores.

Os profissionais descrevem a proximidade entre a ESF e o domicílio dos idosos como aspecto facilitador do acesso dos idosos. Do mesmo modo, em estudo sobre o acesso à APS em um município mineiro, o curto tempo para se chegar à ESF foi apontado como facilitador do acesso à atenção à saúde por usuários (FARIA, 2014). No estudo de Mendes et al. (2012b), usuários avaliaram positivamente a distância entre a sua casa e a unidade de saúde, o que evidencia o potencial da ESF enquanto porta de entrada do sistema.

O acesso facilitado dos idosos à ESF também foi relacionado ao que parece ser mais esperado pelos usuários, a consulta médica. Infere-se que isso se deve ao fato dos idosos com doenças crônicas acessarem com frequência a ESF para consultas médicas em virtude da exigência de controle destas doenças. Assim, como as consultas fazem parte do protocolo de atendimento do programa HiperDia, que, com frequência são usuários idosos, os profissionais relacionam o acesso dos idosos à ESF com a oferta das consultas médicas neste programa: [...] *a questão do cuidado, da consulta do hipertenso e do diabético então a gente tem um olhar cuidadoso pro idoso [...]* (ACS19).

A este respeito, Campos et al. (2014) tratam que para muitos usuários, o acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, o que reafirma uma visão biomédica em relação às ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, com tendência ao consumo da consulta médica.

A possibilidade do atendimento na consulta médica para o mesmo dia em que o idoso procura o atendimento na ESF foi enfatizada nas entrevistas. Tal fato facilita a busca por atendimento em momentos de agudização de doenças, em substituição às consultas médicas programadas para o controle de doenças e dos fatores de risco. Ao mesmo tempo, a organização da marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário procura o atendimento, se traduz no chamado acesso aberto, que objetiva a redução do agendamento em longo prazo (ASSIS; JESUS 2012).

A este respeito, Almeida, Fausto e Giovanella (2011) enfatizam a importância de se realizar o agendamento de consultas, pois este procedimento é uma facilidade oferecida pelo serviço de saúde, principalmente se comparado à busca de assistência pela demanda espontânea. Portanto, o agendamento das consultas facilita a organização da assistência pela equipe de Saúde da Família e, em consequência, o acesso dos usuários.

Nesse contexto, embora se reconheça que a possibilidade de marcação de consultas seja um aspecto facilitador para o acesso dos idosos, os profissionais da ESF não podem reduzir o “acesso” à oferta de consultas médicas. As equipes de Saúde da Família devem contrapor essa lógica e integrar a consulta com profissional (médico ou enfermeiro) a práticas preventivas e de promoção à saúde ao longo do curso de vida, para que os indivíduos cheguem à velhice com menos limitações e incapacidades.

Entende-se que o acesso a consultas médicas deverá ser oportuno e adequado às necessidades da população idosa, mas é preciso que outros aspectos relacionadas ao acesso sejam considerados. Assim, levantam-se questões importantes sobre a definição de acesso. Travassos e Martins (2004) em artigo de revisão sobre os conceitos de acesso destacam que acesso trata-se de um conceito complexo e polissêmico, tendo havido diversas tentativas de conceituação por diversos autores, e sob diferentes perspectivas ao longo do tempo. Para Donabedian (2003), o acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. Outros autores discutem que, embora com divergências conceituais e

ideológicas, tem predominado a ideia de acesso como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta, ou seja, o uso de serviços é a sua própria expressão (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Nesta perspectiva, destaca-se que o acesso à ESF abrange não somente a característica de consultas médicas. Esta maneira de pensar coaduna-se com Barbosa, Elizeu e Penna (2013), para os quais o acesso envolve desde questões de relações interpessoais até as sócio-organizacionais da assistência, necessárias para que os serviços assegurem o acolhimento das demandas e necessidades dos usuários; e que os cuidados dispensados aos usuários seja longitudinal e permeado de vínculo profissional-usuário.

Sobre esses aspectos, o relato de M6 trata do vínculo entre as equipes de Saúde da Família e a população adscrita. O profissional reconhece o vínculo como condição favorável para ações de cuidado aos idosos, ao que se associa à atuação das equipes em um território definido por meio da adscrição da clientela.

Embora seja um conceito polissêmico, no campo da saúde o vínculo, reconhecido como um dos fundamentos da AB/ESF, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011a).

Nessa direção, Merhy (2005) insere o vínculo como uma das tecnologias leves, que compreendem as relações interpessoais. O vínculo como tecnologia leve, parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adscrita; na qual, conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos entre profissionais e usuários, necessária para o desempenho do trabalho das equipes de Saúde da Família (COELHO; JORGE, 2009).

A ideia de vínculo abordada no relato de M6 remete a uma das dimensões do vínculo, a dimensão da afetividade. Nesta dimensão, o profissional deve ter um investimento afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no usuário, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho (CAMARGO Jr et al., 2008). E ainda, a fala de M6 mostra que o vínculo com o idoso permite ao profissional aproximar-se do contexto em que idoso/família estão inseridos. Assim, o estabelecimento de vínculo entre os

idosos e os profissionais da ESF é condição necessária para a apreensão das necessidades destes usuários e a produção do cuidado.

Ainda sobre o relato de M6 acima transcrito, outro elemento que amplia a discussão anterior refere-se à valorização da longitudinalidade, um dos atributos norteadores da APS, e, conseqüentemente, da ESF, reconhecidos por Starfield (2002). A longitudinalidade se refere ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos (STARFIELD, 2002).

Apreende-se que, a longitudinalidade requer a construção de vínculo entre usuários e profissionais. Para Baratieri e Marcon (2011) e Campos et al. (2014) isso possibilita o reconhecimento das necessidades dos usuários, efetividade do tratamento, a implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos e maior satisfação do usuários com a assistência.

Segundo Cunha e Giovanella (2011), a palavra longitudinalidade não é usual na literatura nacional, tampouco há consenso quanto a sua definição. Nesse sentido, as autoras propõem para o contexto brasileiro o uso do termo “vínculo longitudinal”, definindo-o como relação terapêutica estabelecida entre usuário e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular de cuidado ao longo do tempo. Para compor tal definição, são definidos três dimensões para o atributo da longitudinalidade/vínculo longitudinal: i) a existência e o reconhecimento pelos usuários de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; ii) o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os usuários e os profissionais de saúde da equipe local; iii) a continuidade informacional, que diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o usuário por parte da equipe de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Ao tratar da longitudinalidade, a fala do entrevistado M6 parece se referir a segunda dimensão do vínculo longitudinal. A relação entre a equipe de Saúde da Família e a população adscrita deve estar fundamentada na construção de vínculo. Por sua vez, o vínculo é que possibilita o estabelecimento de relações de longa duração necessárias para a construção de práticas longitudinais (QUEIROZ; PENNA, 2010). Essas relações não se dão apenas em situações de consultas. O vínculo entre

profissionais e usuários pode ser construído nos diferentes momentos em que o encontro dessas pessoas acontece, sendo a UBS e o domicílio os principais cenários.

Outro aspecto que se observou nos relatos dos profissionais, diz respeito à possibilidade de inserção dos idosos em grupos de educação em saúde. Desse modo, reitera-se que as equipes devem promover a realização de grupos com a comunidade, proporcionando momentos de interação e diálogo, para além das orientações sobre doenças. Entende-se que os grupos de educação em saúde também constituem momentos privilegiados para a constituição de uma relação pautada no vínculo em saúde.

Entretanto, no cotidiano de trabalho das equipes é frequente atividades de grupo com usuários portadores de agravos específicos (como grupos para hipertensos, diabéticos e de tabagistas) (NO). Os profissionais consideram que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão arterial e diabetes (pois a maior parte dos participantes é idosa), não havendo grupos específicos para idosos.

Os grupos que são organizados e nomeados segundo a doença que os identifica (como o grupo de hipertensos e diabéticos) trazem implícito o foco na doença (SILVA et al., 2010). Entretanto, os grupos de educação em saúde são ferramentas capazes de promover troca de experiências e fomento ao autocuidado e ao exercício da autonomia dos idosos; e constituem-se em oportunidade para que a equipe fortaleça as ações de promoção à saúde e a prevenção de doenças. Isso requer ir além dos temas recorrentes como doença, medicações, complicações e tratamentos (MENDONÇA et al., 2017).

A possibilidade da equipe de Saúde da Família realizar visitas domiciliares aos usuários idosos foi outro aspecto favorável revelado nas entrevistas. A visita domiciliar é um instrumento em potencial para o conhecimento do modo de vida do usuário/família, para o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, além de possibilitar o cuidado no domicílio (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

A busca ativa de idosos que se encontram em condições que requeiram visita domiciliar pelos demais membros da equipe de Saúde da Família é realizada pelo ACS que, por conta de sua proximidade com o território, leva a demanda de visita domiciliar para a equipe. Destaca-se que, muitas vezes, devido à demanda de atividades/usuários adscritos, é preciso que seja priorizada a realização de visita domiciliar por médicos e/ou enfermeiros, aos idosos com maiores necessidades de

saúde (pautadas no componente clínico). Esta priorização, como tratada em categoria anterior, é uma tática dos profissionais.

Outro aspecto favorável na atenção aos idosos relatado pelos profissionais foi o acesso a medicamentos de forma gratuita, o que é relevante, tendo em vista que idosos portadores de doenças crônicas geralmente fazem uso de medicamentos de uso contínuo, o que requer a oferta regular destes medicamentos na rede de serviços de saúde, de forma a não onerar as despesas com a compra e/ou não causar a interrupção no uso dos medicamentos. Destaca-se a capacidade da gestão municipal em assegurar o suprimento de medicamentos no serviço de farmácia das ESF, garantindo as condições para a continuidade e resolubilidade do tratamento prescrito para condições de saúde múltiplas agudas e/ou crônicas nos idosos. Contudo, não se pode afirmar que haja regularidade na dispensação destes medicamentos. A este respeito, estudo verificou baixos níveis de disponibilidade de medicamentos na APS, o que revela que o acesso aos medicamentos ainda é fortemente comprometido pela baixa disponibilidade de medicamentos essenciais em unidades públicas de saúde (ÁLVARES et al., 2017).

Outro elemento abordado nos depoimentos dos sujeitos trata da possibilidade de encaminhamento dos idosos para o serviço de referência, o CRASI-EFO. Há o reconhecimento da assistência ao idoso neste serviço, que conta com equipe multiprofissional para o atendimento ambulatorial especializado em saúde do idoso. Este reconhecimento sugere uma responsabilização dos profissionais da ESF para com o cuidado aos idosos frágeis e/ou em risco para fragilização e, portanto, requerem atenção especializada. Cabe ressaltar que o encaminhamento não garante o acesso do idoso ao serviço de referência em tempo oportuno, como discutido em categoria anterior.

Ao mesmo tempo, a possibilidade do encaminhamento do idoso para o CRASI-EFO revelou-se, na fala de E14, como um aspecto tranquilizador, o que expõe as fragilidades da equipe em realizar o cuidado aos idosos em situações de fragilidade, seja por ausência de formação adequada na área de saúde do idoso ou de recursos físicos e materiais nas unidades. O encaminhamento do idoso para outro serviço de saúde que necessite, mediante encaminhamento, envolve o reconhecimento e a integração entres estes serviços, a corresponsabilização pelos casos e o compartilhamento do projeto terapêutico (BARATIERI; MARCON; 2011).

Acresce-se que o encaminhamento dos idosos pela ESF para o CRASI-EFO seja realizado mediante envio de documento de referência e em contrapartida que a equipe de Saúde da Família receba a contrarreferência especificando quais condutas foram tomadas na assistência prestada ao idoso neste serviço, para que seja assegurada a continuidade do cuidado. Entretanto, como discutido em categoria anterior, nem sempre é assegurado o envio da contrarreferência por parte do CRASI-EFO.

Por fim, a perspectiva dos profissionais é de que a atenção a população idosa na ESF é “boa”, dentro daquilo que é possível oferecer aos idosos, mesmo com algumas dificuldades na oferta regular de exames e diante da sobrecarga de trabalho das equipes, que acabaram por diminuir o tempo disponível para o idoso. Houve o relato de melhorias na assistência ao idoso quando comparada com épocas anteriores: *Em vista do que tinha já melhorou bastante [...] (ACS3).*

Ao contrário da realidade evidenciada neste estudo, Mendes et al. (2012b) verificou julgamento satisfatório de usuários e profissionais da ESF em Recife quanto à disponibilidade de exames; já o tempo esperado para o recebimento dos resultados dos exames laboratoriais foi considerado insatisfatório, revelando ser este um ponto frágil relacionado a dificuldades na organização do serviço e ao mesmo tempo à desarticulação entre o laboratório e o sistema como um todo.

Nessas circunstâncias de demora na marcação e realização dos exames pelos usuários das equipes de saúde da família investigadas, faz-se necessário, no âmbito municipal, a organização da rede assistencial de forma a assegurar serviços de apoio laboratorial, para a realização de exames em tempo oportuno.

A ESF, na concepção ceiteuniana como um “lugar próprio”, tem a definição de um território e de uma população adscrita, o que oferece ao usuário a ideia de pertencimento a este lugar. Este lugar parece ser organizado na perspectiva da construção do vínculo e da longitudinalidade, como fundamentos da ESF. Outros aspectos favoráveis na atenção à população idosa perpassa pela garantia do acesso aos serviços ofertados na ESF como consultas médicas, visita domiciliar, grupos educativos (orientados pelas patologias), oferta de medicamentos e de exames (embora a realização destes exames seja demorada).

5.4 Perspectivas para a atenção ao idoso na ESF: necessidade de efetivar e definir novas estratégias

Esta categoria refere-se às perspectivas, expressas pelos profissionais, de efetivação de estratégias previstas em políticas nacionais para a atenção à saúde do idoso, revelando que, muitas vezes, o que é garantido no plano legal não corresponde ou demora a se expressar, a contento, nas práticas cotidianas dos profissionais.

As estratégias que intentam circunscrever e atribuir ordem ao lugar ESF não se materializam no cotidiano das equipes. Então, seguem-se as táticas para um reordenamento do lugar, como discutido em categoria anterior. Esse movimento engendra novas estratégias que estão alinhadas com as necessidades da população idosa a ser assistida pelas equipes de saúde da família.

A capacitação dos profissionais na área de envelhecimento e saúde do idoso, a implementação de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, a utilização de instrumentos específicos para o acompanhamento da saúde do idoso, melhorias na estrutura física das UBS e aumento de cotas para exames e consultas com especialidades médicas foram estratégias reveladas pelos profissionais.

Na atualidade, as demandas da população idosa ganham maior visibilidade nos serviços de saúde, contudo, os profissionais revelaram a insuficiência de conhecimentos específicos para prestarem o cuidado a essa clientela, sendo destacada a necessidade de capacitação.

Os profissionais não são capacitados para atender essa demanda nova, porque o idoso tem suas particularidades (M7).

A população idosa está crescendo muito e nós não estamos acompanhando direito, ainda falta muita informação, atualização dos profissionais com relação a abordar esses idosos (E14).

[...] o que a gente precisa mesmo é de capacitação para sensibilizar o profissional da atenção primária sobre cuidar melhor desse idoso e, identificar as necessidades de referenciá-lo ao serviço especializado [...] (CE25).

Capacitação que eu me lembre não teve. Porque teve os Caminhos do Cuidado que é para a maternidade, mas para os idosos eu acho que não teve (ACS20).

Quanto à realização de capacitação profissional houve contradições, pois, dois ACS relataram participação em capacitações no ambiente de trabalho.

Da secretaria não tivemos capacitação voltada para o idoso, tivemos capacitação interna com o médico e enfermeiro da equipe. Teve uma que foi AVC, alimentação (ACS8).

[...] uma coisa muito rápida, mas teve capacitação [...] a gente fez curso de cuidador, a assistente social fez capacitação em relação ao estatuto do idoso [...] a enfermeira falou sobre quedas de idosos e melhorias para adequar banheiro, uso de tapete, iluminação (ACS3).

Somam-se as questões relacionadas à insuficiência no número de cotas para exames e consultas em especialidades, a precária estrutura física das UBS e escassez de recursos materiais para a realização de ações que atendam as demandas dos usuários idosos sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família.

[...] o médico atende e precisa de um exame especializado, mas o que acontece? demora a dar continuidade ao tratamento porque não tem aquele exame, a cota é pequena, acho que é mais isso, poder dar continuidade ao tratamento, mas isso não é só com o idoso (ACS 22).

A gente tem aquele velho problema das consultas especializadas que demoram para agendar [...], então é um problema que infelizmente a gente depende da secretaria ou do Estado, não é só com a gente (E4).

A oferta não atende à demanda. Porque, nessa ESF a população idosa é muito grande. Principalmente exame aqui é bem precário, a cota nossa é bem pequena [...] quando a gente pede exame, às vezes, fica dois, três meses sem realizar os exames (M7).

Montes Claros foi uma das primeiras cidades que organizou a atenção assistencial em centros de saúde então a gente herdou muitas estruturas desses antigos centros de saúde [...] temos essa dificuldade principalmente de infraestrutura (CE25).

Questão de material, a gente precisa ter o material, uma cadeira de rodas não tem, isso eu sei que é difícil, a verba está pouca (ACS5).

A dificuldade maior é de estrutura, às vezes falta material para fazer tudo que o idoso precisa, como por exemplo, material para curativo [...] na época da vacina da gripe, a Secretaria não disponibilizou um carro para vacinar os idosos no domicílio (E12).

Outra questão que evidencia a não efetivação do que está previsto no âmbito das políticas públicas em saúde refere-se à necessidade de instituir práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, pois os profissionais reconhecem que a atenção à saúde do idoso na ESF ainda é focada no tratamento de doenças crônicas.

Eu acredito que aqui na ESF fica muito no tratamento, a prevenção falta muito, principalmente para o idoso, olham para outras fases específicas, mas os idosos têm uma demanda maior que eu acredito que não é suprida (M15).

A ESF está em falta com os idosos, deveríamos oferecer para eles promoção e não só a recuperação [...] (E11).

Acho que aumentar a promoção de saúde, a prevenção é sempre válida, se aumentar os grupos de educação em saúde e a atenção aos idosos não

doentes realmente melhora. O que é triste é que a maioria da população idosa que chega até nós realmente já tem alguma comorbidade (M10).

Precisa despertar mais para a importância de se focar no idoso, assim como se foca em gestante e puericultura, precisava primeiro ter esse olhar para os idosos [...]. O tempo disponibilizado, por exemplo, pelo médico, para o atendimento ao idoso é muito pequeno, tem que tirar tempo para fazer o pré-natal, a puericultura, mas não se fala em tirar um tempo para fazer uma atividade recreacional com idosos (M15).

[...] com a mudança de gestão com o foco de meta, em números, foi perdendo um pouco a qualidade da atenção foi perdendo aquela parte de promoção e prevenção e foi voltando mais pra aquela parte imediata de resolver ali na hora (ACS3).

Na busca de efetivação das estratégias foi reiterada a utilização de instrumentos específicos para o acompanhamento da saúde do idoso, recomendados pelo MS no âmbito da ESF, cujo uso ainda não é uma realidade.

[..] teve um pedido da Secretaria de Saúde que mudasse a Caderneta de Saúde do Idoso [..] tem a que vem do Ministério da Saúde, porém, ela não está vindo mais, então a gente teve que refazer aquela caderneta para ser a caderneta do município, ela está pronta só não teve a autorização para confeccionar por conta da verba (CE24).

Na verdade, como a gente faz parte da residência médica, a gente vai começar a utilizar esses instrumentos durante o desenvolvimento das atividades, mas no momento, ainda não usamos. Já vi no centro referência do idoso, durante a graduação, mas na Estratégia de Saúde da Família é pouco frequente o uso desses instrumentos de avaliação do idoso (E17).

As novas estratégias perpassam pela adequação das necessidades da população idosa a partir da redução no número de usuários cadastrados por equipe de Saúde da Família, pois os profissionais reconhecem que o número excessivo de usuários dificulta o atendimento e a realização de visitas domiciliares regulares aos idosos.

[...] porque cada médico atende cerca de 3.500 pessoas. Talvez se aumentasse a equipe [...] os pacientes que não conseguem vir à Unidade a gente não consegue acompanhá-los todo mês na visita porque o médico e o enfermeiro, por terem outras demandas e terem que dar conta de toda a área, não tem como ir todo mês às visitas (ACS20).

Deveria ter maior organização na atenção ao idoso, acho que pela sobrecarga de trabalho, as metas a serem vencidas e os sistemas a serem alimentados, a gente prioriza aquilo que dá dinheiro ao município [...] o Saúde da Família infelizmente está morrendo um pouco a essência de quando ela foi formada há 20 anos (E11).

Outra situação identificada diz respeito à necessidade de reorganização da atenção à saúde do idoso no município, sendo relatada a ausência de uma política

municipal de saúde do idoso e de estratégias para subsidiar a implementação das ações propostas pela PNSPI no contexto municipal.

Não existe uma política municipal de saúde do idoso [...] tem as políticas públicas nacionais, só que a gente não consegue implantar algumas ações no município, pois há dificuldade de verba (CE24).

Nada assim sistematizado do ponto de vista da administração propor alguma coisa específica não [...] em termos da administração, não há nenhuma política específica para a saúde do idoso, são mais essas questões gerais como campanha de vacinação, trabalhos em grupos operativos [...] (CE25).

A proporção de usuários idosos nos serviços de saúde tende a ser cada vez maior, o que demanda dos profissionais em formação e dos profissionais inseridos nos serviços de saúde, qualificação nas áreas de gerontologia e geriatria. A carência de profissionais de saúde habilitados para o cuidado aos idosos influencia decisivamente nas dificuldades de abordagem adequada desses usuários na ESF.

No Brasil, a PNSPI prevê a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde visando ao atendimento a suas diretrizes e o incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior que possam atuar de forma integrada com o SUS (BRASIL, 2006b). Entretanto, destaca-se a insuficiência da inclusão de conteúdos de geriatria e gerontologia nos projetos pedagógicos de graduação médica brasileira, o que dificulta o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades do médico no atendimento à população idosa (BRASIL; BATISTA, 2015). Este cenário é diferente do contexto americano, em que 95% das escolas americanas possuem geriatria em seu currículo e têm como cenários de atuação instituições de longa permanência, domicílio e ambulatórios na comunidade (ELEAZER et al., 2005).

Na graduação em enfermagem, estudo verificou que a inclusão de disciplinas voltadas para a enfermagem gerontológica ainda é insuficiente (ANDRADE et al., 2013). O conhecimento ainda incipiente na graduação se traduz, no âmbito da ESF, em dificuldades expressas por enfermeiras para realizarem uma assistência direcionada às especificidades dos idosos, fazendo com que atendam estes usuários seguindo atendimento geral de enfermagem como a qualquer usuário (POLARO, 2011; OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

Neste cenário, compreende-se que os profissionais de saúde não estão capacitados para prever e enfrentar de forma proativa mudanças funcionais nos idosos e para o tratamento de problemas comuns nesta faixa etária, como demência

e fragilidade (WHO, 2015). Acresce a isso a formação inadequada voltada à atenção básica e à desvalorização à educação permanente (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Portanto, faz-se necessária a capacitação de recursos humanos para o cuidado à saúde do idoso. Entende-se por capacitações ações intencionais e programadas cujo objetivo central é fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas (DAVINI, 2009). É imprescindível que a gestão municipal planeje ações de capacitação contínua dos profissionais na área da saúde do idoso, em consonância com a realidade local, a fim de promover melhorias no cuidado aos idosos. Cabe destacar que, dentre as responsabilidades institucionais expressas na PNSPI, compete ao gestor municipal estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde (BRASIL, 2006b).

Na Programação Anual de Saúde de 2016, do município de Montes Claros, foi proposta como meta a realização de três capacitações no ano, sendo uma por quadrimestre, com profissionais de saúde direcionados para o cuidado ao idoso, sob a responsabilidade da área técnica de saúde do idoso no Setor de Programas e Projetos Estratégicos. No 1º relatório de gestão quadrimestral de 2016, consta como resultado a realização de capacitações em outras equipes de Saúde da Família não incluídas neste estudo. Estas capacitações foram apontadas por um dos entrevistados, que revelou a inclusão tanto de cuidadores formais quanto informais de idosos nas capacitações.

[...] saúde do idoso a gente faz no programa de estratégias vinculado a Estratégia Saúde da Família. A gente faz capacitações, são promovidas ações de capacitação junto aos PSF tanto para cuidador de idoso, quanto para o enfermeiro, para o agente de saúde (CE24).

No 2º relatório de gestão quadrimestral de 2016, consta que não foram realizadas capacitações. Neste ponto, verifica-se contradição que suscita questionamentos gerados pela dicotomia entre os dados do relatório de gestão quadrimestral, a menção à realização de capacitação para profissionais de saúde por CE24 e a ausência de capacitações referidas pelos demais entrevistados. Verifica-se, portanto, a necessidade de inclusão e adesão de profissionais de todas as equipes de Saúde da Família do município nas capacitações.

Os gestores em saúde precisam atentar para a necessidade expressa pelos ACS de que sejam realizadas capacitações para além da saúde da mulher e da criança, e sejam incluídas capacitações específicas para a saúde dos idosos de forma

a qualificá-los para o cuidado a estes usuários. Tal realidade foi reportada no estudo de Oliveira e Menezes (2014), em que enfermeiras informaram que a AB oferece cursos sobre planejamento familiar, saúde da mulher, saúde da criança, porém, nada voltado para a capacitação em saúde do idoso.

Embora as ações de capacitação ainda se constituam em uma importante forma de educação aplicada ao trabalho, estas frequentemente utilizam metodologia que dificilmente envolve toda a equipe de trabalho, sendo fragmentada e verticalizada, cujo caráter é pontual e individualizado (CUNHA et al., 2014; LIMA et al., 2015). Em consideração a estas limitações, discute-se a proposta da educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde do idoso, uma das diretrizes da PNSPI.

No Brasil, a educação permanente em saúde (EPS) foi instituída como política através da Portaria GM/MS nº 198/2004 (BRASIL, 2004). Em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi reformulada pela Portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007). A EPS é compreendida como aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004). A EPS deve emergir da problematização de questionamentos de profissionais e de desafios enfrentados pelas equipes no dia-a-dia, a partir dos quais deve se levantar temáticas para discussão (SILVA, MATOS; FRANÇA, 2017).

Assim, a EPS dos profissionais, agentes do processo de educação permanente, deve considerar os problemas apresentados no cotidiano das equipes de Saúde da Família, os conhecimentos e as experiências que estes profissionais trazem na sua vivência profissional. Os conteúdos a serem desenvolvidos devem tomar como base a problematização das situações vivenciadas no trabalho e das necessidades de saúde da população. Portanto, a educação permanente é uma necessidade premente para os profissionais de saúde no *saber-fazer in lócus* a atenção à saúde do idoso.

Além da falta de capacitação, consta, ainda, das falas, que o parâmetro de cotas para exames e consultas especializadas estabelecidas para o município é insuficiente, ocasionando demora no agendamento e realização do exame e/ou consultas, o que traz à tona limitações do sistema de saúde, e não apenas do cenário estudado. Em categoria anterior, o acesso dos idosos à realização

dos exames (embora demorada) foi apontada dentre os aspectos favoráveis à atenção ao idoso na ESF.

A demora na marcação de consultas, a falta de especialistas e dificuldades na regulação do sistema municipal de saúde são fatores que influenciam o acesso aos serviços (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). A dificuldade de acesso às consultas especializadas constitui importante entrave na ESF, também revelada em estudos anteriores, o que está relacionada ao número insuficiente de cotas de especialidades para as equipes de Saúde da Família e às limitações nos mecanismos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Como apontado por Viegas e Pena (2013), o SUS é universal, mas vivemos de cotas, o que exige da regulação do sistema municipal ordenar e otimizar a utilização dos recursos disponíveis para a atenção à saúde de forma a assegurar o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno e de forma equânime.

No que se refere à estrutura física das unidades, em uma das UBS foi relatada ausência de espaço destinado a atividades educativas em grupo: “*Não temos um local para fazer o grupo*” (ACS2). Esta UBS onde estavam alocadas equipes de Saúde da Família era um antigo Centro de Saúde e não houve reestruturação na infraestrutura, que apresenta barreiras arquitetônicas, como degraus e áreas físicas precárias, tornando a espera por atendimento desconfortável (NO). Em ambas as UBS cenários do estudo, observou-se ausência de barras de apoio, corrimão ou rampas (NO). Estas situações dificultam o acesso da população em geral e, em particular, de idosos com limitações físicas.

No plano normativo, em reconhecimento da importância dos recursos estruturais e equipamentos que possibilitem atender as necessidades em saúde na AB, o MS lançou o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (BRASIL, 2008). Em 2009, a Portaria 2.226/2009 instituiu no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de UBS para equipes de Saúde da Família, sendo estabelecida a estrutura física mínima necessária para as UBS (BRASIL, 2009). Estas normativas são, portanto, estratégias que intentam moldar um lugar circunscrito e culturalmente predeterminado, na perspectiva certeuniana. Apesar destas estratégias, os achados deste estudo revelaram a

precariedade na infraestrutura das UBS, o que pode estar relacionado à carência de recursos financeiros para viabilizar a reforma e/ou ampliação das unidades.

Além da infraestrutura precária das UBS, os profissionais destacaram a falta de recursos materiais para o cuidado ao idoso, como a ausência de veículo para o transporte de profissionais das equipes aos domicílios dos idosos, em época de campanha de vacinação; e a ausência de cadeiras de rodas nas unidades para uso de usuários com dificuldade de locomoção.

O desenvolvimento de ações de atenção ao idoso requer que as UBS apresentem infraestrutura adequada, com rampas de acessos, corrimãos e banheiros adaptados, possibilitando condições de acessibilidade necessárias às pessoas com reduzida locomoção (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017). Contudo, a precariedade na infraestrutura nas unidades de atenção primária é um grave e crônico problema do SUS (PIUVEZAM et al., 2016).

A este respeito, estudos revelaram ausência de estrutura física adequada e falta de recursos materiais para o cuidado ao idoso em UBS, devido aos escassos recursos orçamentários (RISSARDO; CARREIRA, 2014; PIMENTEL, ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015; FREIRE et al., 2017). Nessa direção, pesquisa realizada em MG também revelou que a falta de transporte e de material constituem entraves para a realização das ações dos profissionais de saúde na ESF (COTTA et al., 2006). Assim, o aumento crescente de idosos que demandam assistência na ESF implica em reorganização da estrutura física das UBS e suprimento de materiais.

A necessidade, expressa pelos profissionais, de instituir práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças foi outra questão que revela as contradições entre o que é normatizado na PSNPI e a sua execução no cotidiano. A atenção à saúde do idoso no âmbito da ESF não deve centrar-se apenas no tratamento de doenças. Ao invés disso, a atenção ao idoso precisa ser construída a partir de um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, acompanhamento e tratamento de doenças (VERAS, 2009).

As ações de promoção da saúde também estão previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006e); no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011b). No escopo das diretrizes da PNSPI tem-se a promoção do envelhecimento ativo, entendido como envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia (BRASIL, 2006b). A

promoção do envelhecimento ativo deve permear todas as ações desde o pré-natal até a velhice e, as ações de prevenção, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades (BRASIL, 2006b).

Em que pese à incorporação da prevenção e promoção da saúde nas legislações citadas, a prática das equipes de Saúde da Família com os idosos, ao que tudo indica, permanece centrada no tratamento de doenças. Isto pode estar relacionado à compreensão da velhice como doença e incapacidade, reforçando o modelo que reduz a velhice às doenças (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014; CABRITA; ABRAHÃO, 2014; GOYANNA et al., 2017).

No universo pesquisado, foi possível identificar que o equilíbrio entre ações de prevenção, promoção e de cuidado aos idosos doentes é um desafio para os profissionais, fato já reportado por Gérvas, Starfield e Heath (2008). Isto pode estar relacionada a escassez de diretrizes operacionais para a organização do trabalho, de forma a alcançar o equilíbrio mencionado nas equipes de Saúde da Família (TESSER; NORMAN, 2014). A este respeito, Teixeira (2006) revela ser importante o desenvolvimento da educação permanente das equipes de Saúde da Família com a inclusão de conteúdos e metodologias que subsidiem a adoção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Destaca-se que, a implantação da ESF objetivou reorientar o modelo de atenção à saúde centrado no atendimento médico individual e direcionado a doenças crônico-degenerativas, por meio do desenvolvimento de ações que vão além da assistência médica individual e abranjam a promoção da saúde e a prevenção de agravos (HORTA et al., 2009; SASAK; RIBEIRO, 2013). Entretanto, ainda se verificam poucas ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas por equipes de Saúde da Família (MEDINA et al., 2014).

Estudo transversal que objetivou descrever as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas por equipes de saúde, utilizando como fonte os dados produzidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) demonstrou incipiência na realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas no âmbito da ESF (MEDINA et al., 2014). Os resultados mostraram escassez de ações específicas para idosos, sendo revelado que apenas 36,5% das equipes realizavam ações de

promoção da saúde dirigidas a este grupo etário, embora não tenham sido caracterizadas ou discriminadas estas ações (MEDINA et al., 2014).

As estratégias de promoção da saúde relacionadas a estilo de vida saudável, prática de atividade física e alimentação saudável, tem sido objeto central de discussões que envolvem o planejamento e a programação de ações voltadas para o envelhecimento ativo e saudável e para a prevenção das DCNT (OLIVEIRA, 2013).

A ESF apresenta potencial como articulador de ações de promoção da saúde desenvolvidas em outros espaços, graças à atuação das equipes em um território delimitado, o que possibilita o conhecimento e vínculo entre estas equipes e os equipamentos e organizações sociais e comunitárias da comunidade, sendo possível ampliar projetos de promoção da saúde (SILVA, 2009).

Neste contexto, a promoção da saúde como valor primordial na APS/ESF pode ser ampliada por meio de ações intersetoriais com projetos conjuntos entre diferentes setores, que estão além da esfera da APS/ESF (embora possa envolvê-la) (NORMAN; TESSER; 2015). Depreende-se, portanto, que a intersetorialidade é essencial para a implementação de práticas de promoção da saúde no microcontexto de equipes de Saúde da Família por envolver saúde, esporte-lazer, assistência social, cultura, educação, entre outros (HORTA et al., 2009; SILVA et al., 2014b).

Por outro lado, apesar do modelo de saúde instituído nas diretrizes da ESF ser voltado para a assistência integral, com ênfase na promoção e prevenção da saúde, os resultados revelaram que a atenção ao idoso parece voltar-se para o atendimento centrado na doença (também necessário, diante das condições crônicas nos idosos que requerem cuidados permanentes), com incipiência nas ações de promoção de saúde. Deve-se, portanto, avançar nas discussões sobre a assistência à saúde da população idosa na ESF, de forma a aliar ações de promoção à saúde às ações de cuidado dos idosos doentes, em atenção à heterogeneidade da situação de saúde dos indivíduos idosos. Isto se faz necessário diante da existência de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, cujas ações a serem desenvolvidas pela ESF devem estar em consonância com esta Política; e de um contexto de mais de 20 anos de implantação do PSF/ESF, que se organiza tendo como um dos seus eixos básicos a promoção da saúde.

Outro aspecto que evidencia a lacuna do atendimento voltado as especificidades dos idosos envolve a não utilização de instrumentos de avaliação da

saúde destes usuários. As diretrizes políticas que regulamentam a atenção ao idoso indicam a necessidade de adoção, nos serviços de AB, da avaliação multidimensional dos idosos, incluindo a utilização de instrumentos. Contudo, isto ainda não faz parte das ações no âmbito das equipes de Saúde da Família investigadas. Esta realidade também foi revelada no estudo de Miranda e Pires (2011) em que enfermeiros não fizeram referências à adoção regular de instrumentos norteadores na atenção ao idoso.

A abordagem multidimensional constitui-se ferramenta indispensável para a estratificação de riscos e para a identificação do idoso frágil, subsidiando o planejamento de ações voltadas aos idosos pelas equipes de Saúde da Família (VERAS, 2003). Especificamente o CAB n° 19 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, apresenta instrumentos que auxiliam a prática dos profissionais no cuidado aos idosos. Estes instrumentos, embora não sejam suficientes para o diagnóstico, possibilitam evidenciar a necessidade de avaliação mais detalhada. É sugerida a avaliação multidimensional rápida dos múltiplos sistemas do idoso, e, quando detectadas alterações, o profissional será remetido a outros instrumentos que permitirão uma avaliação complementar para o estabelecimento de condutas terapêuticas (BRASIL, 2006d).

No universo pesquisado, foi possível identificar também a não utilização da Caderneta de Saúde do Idoso, embora o MS venha investindo esforços no sentido de disponibilizar a Caderneta para uso em todo o Brasil. Foi reportado que o município almeja a elaboração de um modelo próprio de caderneta. Assim, cabe a gestão municipal dispor dos recursos necessários para viabilizar a confecção e disponibilização deste instrumento que permite o planejamento de ações cuidativas e o acompanhamento do estado de saúde dos idosos pelos profissionais de saúde.

Além da caderneta, faz-se urgente que sejam instituídos na ESF os instrumentos padronizados para a avaliação multidimensional dos idosos, grupo etário que demanda assistência frequente, e, cuja avaliação deve incluir não só o diagnóstico de doenças crônicas, mas uma compreensão quanto aos aspectos funcionais (BARBOSA et al., 2014). A utilização de instrumentos de avaliação da saúde do idoso na ESF é necessária para qualificar a assistência, bem como, para o desenvolvimento de um cuidado preventivo, pois estes instrumentos permitem identificar situações de risco (OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

A não utilização de instrumentos específicos para o acompanhamento da saúde do idoso recomendados pelo MS (a caderneta do idoso e os instrumentos de avaliação multidimensional), somada à ausência de conhecimentos específicos na área de geriatria e gerontologia reiteram a lacuna do atendimento voltado para as especificidades do idoso no âmbito da ESF. Ao que parece, são abordados do mesmo modo indivíduos com diferentes perfis de saúde e diferentes grupos etários, apenas pelo fato de apresentarem as mesmas doenças, sem que haja um direcionamento às especificidades dos idosos, no que diz respeito às alterações próprias do processo de envelhecimento, as quais são enfatizadas pela avaliação multidimensional recomendada na PNSPI.

A atenção às doenças crônicas nos idosos é relevante, mas nem sempre responde às necessidades específicas destes usuários, que, frequentemente, são afetados por dependência funcional, fragilidade, depressão e síndromes demenciais e que, geralmente, têm algum cuidador que também deve ser envolvido no cuidado (KIM et al., 2012; FOLLE; SHIMIZU; NAVES, 2016). A identificação destas condições pode se dar a partir da avaliação multidimensional dos idosos com o uso dos instrumentos de avaliação, ampliando o escopo de atuação dos profissionais para além das doenças crônicas e incluindo a perspectiva da capacidade funcional através do monitoramento de situações de risco à independência e a autonomia do idoso.

Nessa direção, reforçamos a necessidade da gestão municipal capacitar os profissionais das equipes de Saúde da Família para o uso dos instrumentos na abordagem multidimensional da saúde do idoso através de programa de educação permanente; implantar o uso dos instrumentos para avaliação dos idosos na ESF, com vistas à transformação das práticas assistenciais; e, garantir a reprodução e o fornecimento destes instrumentos para uso pelas equipes. Ademais, a incorporação dos instrumentos na prática cotidiana dos profissionais deve ser atrelada à capacidade da equipe em elaborar plano de cuidados para os idosos em situações de risco e da gestão municipal em definir fluxos de referência e contrarreferência entre os serviços, com a definição de serviços de média e alta complexidade em que os idosos poderão ser referenciados a partir de necessidades identificadas na avaliação multidimensional.

As novas estratégias expressas pelos profissionais se encaminham para um redirecionamento da atenção à saúde do idoso no município, sendo destacada a

necessidade de redução no número de usuários cadastrados por equipe de Saúde da Família e de política municipal de saúde do idoso.

O número de usuários cadastrados nas equipes de Saúde da Família investigadas foi relacionado à sobrecarga de trabalho e um dificultador para a realização de visitas domiciliares regulares aos idosos por parte de médicos e enfermeiros, em virtude da demanda expressiva de atendimentos nas UBS. Soma-se essa problemática a questão da sobrecarga de trabalho advinda das questões de gerência da ESF (que no cenário estudado, fica a cargo do enfermeiro da equipe de saúde da Família) com metas a serem cumpridas e a alimentação de dados nos sistemas de informação em saúde. Isto pode afastar este profissional das práticas de cuidado direto ao idoso, em virtude da sobrecarga de trabalho de caráter gerencial.

O excesso de usuários adscritos dificulta as ações de prevenção e promoção de saúde, sobretudo para adultos e idosos (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). A necessidade de redução dos usuários para cerca de 2.500 pessoas, em média, por equipe, foi revelada na experiência brasileira, tendo em vista as baixas condições sociais de muitos brasileiros, a vasta extensão territorial do país e o trabalho em equipe (TESSER; NORMAN, 2014).

Em setembro de 2017, na Portaria nº 2.436 que aprovou a nova PNAB, é recomendado que a população adscrita por equipe de Saúde da Família seja de 2.000 a 3.500 pessoas. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na AB e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe (BRASIL, 2017). Porém, não se sabe da real efetividade da redução de usuários por equipe de Saúde da Família, pois, à época da coleta de dados, ainda não vigorava esta normatização.

No que se refere à necessidade expressa pelos profissionais de uma política municipal de saúde do idoso, torna-se importante o entendimento de que as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2004).

Deste modo, na perspectiva de verificar como as políticas públicas em saúde específicas para a população idosa foram instituídas na gestão municipal, recorreu-se à consulta ao Plano Municipal de Saúde (2014-2017). Não há neste plano menção à adoção/implementação da PNSPI e, tampouco, a destinação de recursos orçamentários para a implementação desta Política. A consulta ao plano revelou a ausência da proposição de ações em consonância com as diretrizes das políticas nacionais para os idosos.

Neste documento, na planilha de metas, no Eixo da APS, foi estabelecido como objetivo específico: “consolidar a política municipal de atenção ao idoso”, revelando uma contradição entre este documento e a fala dos entrevistados, tendo em vista que o verbo “consolidar” pressupõe a existência anterior da situação descrita, neste caso, sugere a existência de uma política municipal de atenção ao idoso, o que é desconhecido pelos entrevistados.

O município de Montes Claros dispõe de uma “Política Municipal do Idoso”, estabelecida por meio da Lei nº 2.913, de 2 de julho de 2001, que tem um artigo voltado especificamente para a saúde. No Art. 8º, são expressas competências dos órgãos e entidades públicas na implementação da Política Municipal do Idoso, especificamente, na área de Saúde: garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimentos do SUS; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso mediante programas e medidas profiláticas; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares; desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes Inter profissionais; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; criar serviços alternativos de saúde para o idoso (JUSBRASIL, 2017). Entretanto, os entrevistados referiram desconhecimento desta política, que tem um artigo específico para a área da saúde, sugerindo que o previsto neste instrumento de gestão não está acontecendo no cotidiano dos serviços, em que esta política deveria se materializar na prestação da assistência aos usuários.

A PNSPI delinea eixos norteadores que devem subsidiar os gestores municipais no planejamento de ações que contribuam para a atenção à saúde voltada para as especificidades da população idosa. Neste sentido, as diretrizes da PNSPI

devem se materializar no município, tendo em vista a descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde e a habilitação do município na gestão plena do sistema municipal. Com a descentralização, o município tornou-se o principal espaço para implementar as políticas de saúde (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Contudo, ainda se verifica uma assincronia das ações em grande parte da gestão pública diante do que é preconizado nas políticas de saúde pública aos idosos (PIUVEZAM et al., 2016). Assim como verificado no presente estudo, Pereira, Lacerda e Natal (2017) ao avaliarem a gestão municipal no que se refere às ações para atenção à saúde do idoso em cinco municípios de Santa Catarina verificaram que na dimensão político-organizacional, ainda não estão assegurados elementos essenciais como profissionais e infraestrutura em quantidade e qualidade suficientes, bem como a articulação com os outros setores das políticas públicas no que se refere à atenção ao idoso.

No que tange à gestão, o município não conta com uma Coordenadoria de Saúde do Idoso. Na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde tem-se o Setor de Programas e Projetos Estratégicos, vinculada à Coordenação da APS, que tem como uma de suas áreas técnicas a saúde do idoso, constituída por um profissional de saúde, designada como referência técnica. Esta área técnica objetiva desenvolver capacitações de profissionais de equipes de Saúde da Família e de cuidadores de idosos, e articular o atendimento ao idoso entre os diferentes serviços (NO). Entretanto, a existência da área técnica de saúde do idoso não tem assegurado o planejamento e programação de ações relativas à sistematização da atenção à saúde do idoso na ESF, pois não há uma articulação entre esta área técnica e a ESF: “[...] ainda vejo muita dificuldade, em relação ao vínculo mesmo [...] a estratégia saúde da família não está muito vinculada à referência técnica, eles precisam entender que a gente tem que trabalhar junto, com parceria” (CE24).

E ainda, a realização das atividades por parte da área técnica de saúde do idoso é dificultada pela ausência de recursos financeiros: “Às vezes dificulta um pouco o trabalho de fazer capacitações e de outras coisas, de fazer um plano de ação. A gente tem uma certa dificuldade em relação a verba que é mandada para a Saúde do Idoso porque ela é vinculada à Estratégia Saúde da Família” (CE24). Sobre isto, destaca-se a necessidade de alocação discriminatória do orçamento por partes, pois foi mencionada que não há destinação de recursos específicos para a área técnica de

saúde do idoso na totalidade dos recursos definidos para a AB/ESF. Em que pese às dificuldades de trabalho apontadas, a nosso ver, a existência da área técnica de saúde do idoso pode vir a ser potencializadora de mudanças necessárias na organização da atenção ao idoso, na ESF municipal.

Do exposto, verifica-se a dicotomia observada entre a teoria das políticas públicas de atenção ao idoso e a prática cotidiana das equipes de Saúde da Família investigadas, o revela que a gestão local, no desempenho de suas funções, tem dificuldades para viabilizar as estratégias previstas no plano político, tanto no que se refere à Política Municipal do Idoso quanto a PNSPI.

Neste contexto, destaca-se que o município tem a responsabilidade declarada normativamente de atuar em prol do sistema de saúde municipal. Portanto, cabe a gestão do município de Montes Claros, o planejamento e gestão de políticas públicas em saúde do idoso nos instrumentos de planejamento da saúde municipal, a saber: o plano de saúde, as respectivas programações anuais e os relatórios de gestão (anual e quadrimestral); e, estabelecer pactuações necessárias para o alcance de diretrizes propostas pela PNSPI, com adequações em nível municipal, em respeito às diversidades regionais e autonomia do município. É necessário que a gestão municipal considere a questão do envelhecimento como prioridade no planejamento da agenda de saúde e se responsabilize pela organização e execução de ações da AB/ESF para a atenção aos usuários idosos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cotidiano de trabalho de equipes de Saúde da Família, do município de Montes Claros prevalecem estratégias definidas em nível macro pelo Ministério da Saúde, embora não contemplem ações específicas para a atenção à saúde do idoso. Os profissionais, na assistência aos idosos, não consideram as especificidades relacionadas à faixa etária, haja vista que velhice não é sinônimo de doença, apresentam dificuldades para implementar as estratégias nacionais previstas nas políticas públicas e usam táticas para incluir os idosos e suas demandas nas ações voltadas à população em geral, principalmente no que tange ao atendimento às DCNT e seguimento dos programas para estas doenças.

A ESF é um lugar normatizado por diversas legislações que a atravessam e transversalizam, como a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Contudo, a ESF também se revelou como um espaço praticado, tendo em vista que seus profissionais instituem novas maneiras de fazer, utilizando-se de táticas. Assim, estratégias (e lugares) e táticas (e espaços) conformam um processo dinâmico, o que permitiu compreender o cotidiano de trabalho de profissionais na atenção à saúde do idoso.

Destaca-se a contribuição da abordagem de Michel de Certeau sobre o cotidiano para este estudo. Esta abordagem possibilitou “olhar” o cotidiano de trabalho na ESF não apenas como um lugar de reprodução de estratégias, mas um espaço construídos pelos *saberes e fazeres* dos profissionais de saúde que praticam este cotidiano. As contribuições de Certeau, ao explorar estratégias e táticas, lugar e espaço, mapas e percursos, apontam possibilidades para a reinvenção do cotidiano pela ação de seus praticantes. Há estratégias ministeriais para atenção ao idoso, mas estas, muitas vezes, não são operacionalizadas no microcontexto da ESF, somada à falta de destinação de recursos financeiros e de capacitação das equipes, infraestrutura inadequada das UBS, incluindo acessibilidade, o que leva alguns profissionais a usar táticas para dar concretude à atenção aos idosos na ESF, transformando lugares em espaços praticados.

Por outro lado, os profissionais destacaram aspectos favoráveis à atenção ao idoso na ESF, como o acesso ao serviço, a proximidade das equipes com os

domicílios dos usuários adscritos, a oferta de consultas médicas e exames (apesar da demora), a realização de visitas domiciliares e atividades educativas em grupos.

Em que pese os avanços das políticas públicas para a saúde do idoso, verificou-se a fragmentação do cuidado ao idoso, dada a não estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde do Idoso no cenário local, com o delineamento de linha de cuidado para os idosos, como previsto no plano legal. Há um mapa que delimita os fluxos formais de encaminhamento do idoso pela ESF para outros serviços de referência. Contudo, os percursos sinalizam rupturas nestes fluxos definidos, notadamente na contrarreferência, ao que se associa a desarticulação entre os serviços e a descontinuidade do cuidado aos idosos.

A dissonância observada entre a teoria das políticas públicas para a saúde do idoso e o cotidiano de trabalho das equipes também foi revelada na necessidade de capacitação dos profissionais relacionada à atenção à saúde do idoso; inclusão de instrumentos de avaliação recomendados pelo Ministério da Saúde que direcionem a assistência dos profissionais da ESF para as especificidades do idoso, e aumento nas cotas para exames e consultas especializadas.

Cabe destacar o reconhecimento, por parte dos profissionais, da relevância de inclusão de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, em consonância com as políticas nacionais de promoção da saúde e envelhecimento. Isto, por sua vez, coloca em perspectiva o desafio de superar ações cuidativas para o idoso atreladas à doença para aquelas em que o idoso seja visto em suas especificidades, que vão além do manejo de doenças crônicas e coadunam com a proposta da funcionalidade e da promoção do envelhecimento ativo.

Os resultados revelaram desafio da definição, nos instrumentos de planejamento da saúde municipal de ações relacionadas às diretrizes contidas na PNSPI, tendo em vista a responsabilidade do município em implementar as políticas de saúde, além da destinação de recursos financeiros para a implementação destas ações. Os profissionais apontaram novas estratégias para a atenção ao idoso no âmbito local, como a redução do número de usuários adscritos às equipes de Saúde da Família e a instituição de política municipal de saúde do idoso.

Este estudo, embora desenvolvido em um contexto específico, o que configura-se como limite, avança na construção do conhecimento ao trazer para análise as lacunas da atenção à saúde do idoso na ESF. E, ainda, sinaliza a urgente

necessidade dos profissionais de saúde e gestores planejarem estratégias de cuidado integrado em suas equipes; a premência de organizar e consolidar uma rede de atenção ao idoso, adequando a oferta de serviços à demanda apresentada pelos idosos, e tendo a ESF como coordenadora da atenção; a qualificação de profissionais para trabalharem com a perspectiva do envelhecimento ativo e dispostos a romperem com a atenção ao idoso centrada na doença; e a definição da agenda da PNSPI no município. Concretizar as estratégias macro e incluir a atenção ao idoso na ESF exige que se defina também como articular várias estratégias em uma perspectiva de cuidado integral e de trabalho em equipe.

Espera-se que os resultados possam contribuir para a reorganização da atenção aos idosos na ESF e que novas reflexões sejam despertadas acerca da temática. O cotidiano de trabalho de profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso necessita de aprofundamento em futuros estudos, designadamente para encontrar formatos de organização das equipes que permitam o direcionamento de ações específicas para o cuidado ao grupo idoso e respostas integradas dos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Estudos futuros poderiam incluir a perspectiva de usuários idosos, gestores e profissionais de outros serviços de assistência ao idoso. Este estudo amplia os horizontes de possibilidade para fomentar novas investigações que busquem ampliar a abordagem do cotidiano no campo dos estudos na área da saúde e de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados**: relatório executivo. Rio de Janeiro: ANS, 2011.44 p.
- ALMEIDA, J. A. M.; PINTO NETO, P. C. A lousa digital interativa: táticas e astúcias de professores consumidores de novas tecnologias. **Educação Temática Digital**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 394-413, 2015.
- ALMEIDA, P. F. de; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 92, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALMEIDA, P.F. de; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, 2012.
- ALVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51(supl. 2), p.1-10, 2017.
- AMORIM, D.U.et al. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 254-226, 2014.
- ANDRADE, A.T.S. et al. O ensino da enfermagem gerontogeriatrica nas universidades federais brasileiras. **Enfermagem em Foco**, v.4, n.1, p.19-23, 2013.
- ANDRADE, S.R. de. et al. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p.2-12, 2017.
- AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.353-371.
- ARAÚJO, L.U.A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.
- ARAÚJO, M. T. **Práticas cotidianas do serviço de atendimento móvel**. 2013. 110 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.802-810, 2011.

BARBOSA, A.M. Tempo e lugar em Michel de Certeau implicações para os estudos de religião. **Ciências Sociais e Religião**, v.17, n. 23, p. 203-215, 2015.

BARBOSA, B.R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.

BARBOSA, S. de P.; ELIZEU, T.S.; PENNA, C.M.M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2347-2357, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BENAVIDES, A.C.P. Estelas de trayectorias esparcidas: las tácticas indígenas en el contexto de las misiones. **Memoria y Sociedad**, v.20, n.41, p.20-43, 2016.

BERNARDO, P.; SHIMADA, N. E.; ICHIKAWA, E. Y. O formalismo e o “jeitinho” a partir da visão de estratégias e táticas de Michel de Certeau: apontamentos iniciais. **Gestão e Conexões**, Vitória-ES, v. 4, n. 1, p. 45-67, 2015.

BERWIG, L.C. et al. Construção de uma linha de cuidado neonatal: percepção dos profissionais da atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 892-908, 2016.

BIERHALS, C.C.B.K. et al. Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p.1-8, 2017.

BRAGA, P.P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016.

BRASIL, V.J.W.; BATISTA, N.A. O Ensino de Geriatria e Gerontologia na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 344-351, 2015.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 jan. 2017.

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

União, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 31 jan. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 1997. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. **Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União, n, 13 dez. 1999. Disponível em: http://www.editoramagister.com/doc_17039_PORTARIA_N_1395_DE_9_DE_DEZE_MBRO_DE_1999.aspx. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. **Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. **Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de Abril de 2002**. Aprova as normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=537. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de operação. HiperDia** - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: <http://saude.maringa.pr.gov.br/downloads/hiperdia/manualhierdia2.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1. ed., 2.^a reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html. Acesso em: 29 nov.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 31 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 31 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Série A. Normas e Manuais Técnicos. 192p. 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 29 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2226_18_09_2009.html. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 23 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde 160p. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 18 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção 1, Nº 183, 22 de setembro de 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizasConsolidacao/comum/250584.html>. Acesso em: 12 dez. 2017

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 5-26, 2008.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.23-31.

BUARQUE, V. A contribuição de Michel de Certeau à história das ideias religiosas. **Revista Brasileira de História das Religiões**, Maringá, v.6, n. 16, p.161-172, 2013.

CABRITA, B.A.C.; ABRAHAO, A.L. O normal e o patológico na perspectiva do envelhecimento: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 635-645, 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Estabelecimento de Saúde do Município: Montes Claros**. 2016. Disponível em:http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=314330&VComp=201605. Acesso em: 1 mai. de 2016.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.M. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: Muito Além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-92.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p. 58-68, 2008.

CAMPOS, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, 2014.

CARVALHO, B.G. et al. Trabalho e intersubjetividade :reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 19-26, 2012.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC- Brasil). **Envelhecimento ativo**: Um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1. ed. p.119.

CERTEAU, M. **A Invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CERTEAU, M.; GIARD, L.; MAYOI, P. **A invenção do Cotidiano**: 2. Morar e Cozinhar. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

CERVATO, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 41-52, 2005.

COELHO, M.J. Maneiras de cuidar em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 745-751, 2006.

COELHO, M.J. Produtos dos cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 912-922, 2009.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1523-1531, 2009.

COLBARI, A. A análise de conteúdo e a pesquisa empírica qualitativa. In: **Metodologias e analíticas qualitativas em pesquisa organizacional**: uma abordagem teórico-conceitual. SOUZA, E. M. (org.). Vitória: EDUFES, 2014. p.241-272.

CONILL, E.M.; FREIRE, JM.; GIOVANELLA, L. Desafios para a consolidação dos sistemas de saúde ibero-americanos: temáticas que a análise comparada permite circunscrever. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2670, 2011.

CONILL, E.M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p.2783-2794, 2011.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.1, p.7-18, 2006.

CUNHA, E.M. da.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CUNHA, A.Z.S. et al. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Rev Espaço Saúde**, Londrina, v.15, n.4, p.64-75, 2014.

DALFIOR, E.T.; LIMA, R. de C.D.; ANDRADE, MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, 2015.

DARDER, J.J.T; CARVALHO, Z.M.F. La interface del cuidado de enfermería con las políticas de atención al anciano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 721-729, 2012.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In Brasil. Ministério da Saúde (MD). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**.4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 127-153.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DOSSE, F. O espaço habitado segundo Michel de Certeau. **ArtCultura**, Uberlândia, v. 15, n. 27, p. 85-96, 2013.

DURAN, M.C.G. Ensaio sobre a contribuição de Michel de Certeau à pesquisa em formação de professores e o trabalho docente. **Educação e Linguagem**, São Paulo, v.10, n.15, p. 117-137, 2007.

DURAN, M.C.G. Uma leitura do cotidiano escolar com Michel de Certeau. **International Studies on Law and Education**, p.43-48, 2012.

ELEAZER, G.P. et al. Geriatric content in medical school curricula: results of a national survey. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.53, n.1, p.136-140, 2005.

ELRAHMAN, A.S.A. A pop-up Local change for Cairo's built environment. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v.216, n.1, p.224-235, 2016.

FARIA, H.X; ARAUJO, M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saude sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FARIA, R.S.R. **Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha - MG**. 2014. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

FERRAÇO, C.E. Pesquisa com o cotidiano. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 98, p. 73-95, 2007.

FERTONANI, H.P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FINKELSZTEJN, A. et al. Encaminhamentos da Atenção Primária para Avaliação Neurológica em Porto Alegre, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009.

FIORIO, A.F.C.; LYRIO, K.A.; FERRAÇO, C.E. Pesquisar com os Cotidianos: os múltiplos contextos vividos pelos/as alunos/as. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 569-587, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLLE, A.D.; SHIMIZU, H.E.; NAVES, J. de O.S. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.50, n.1, p. 79-85, 2016.

FONSECA, R, P. et al. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1275-1284, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

FRANCO, T.B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saude sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, 2015.

FRANÇA, I.S.; SOARES, B.R. Centralidade e cidades médias: o setor de saúde em Montes Claros/MG. **Boletim Goiano de Geografia**, v. 34, n. 1, p. 1-15, 2014.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência em saúde: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.1, p.65-72, 2008.

FREIRE, I.M. et al. O atendimento em unidades de saúde da família: um estudo de representações sociais com idosos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 1652-1661, 2017.

FREITAS, C.A.S.L. et al. Atenção à saúde do idoso na estratégia saúde da família, Sobral - CE. **Saúde Coletiva (Barueri, Impr.)**, v. 43, n. 7, p. 200-205, 2010.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio**. Resumo executivo. Nova York: Fundo de Populações das Nações Unidas, 2012.

GAMALHO, N.P. Percursos entre a produção do espaço e as práticas microbianas: reflexões a partir da articulação entre as concepções teóricas de Henri Lefebvre e Michel de Certeau. **Novos Rumos Sociológicos**, v. 4, n. 6, p. 36-51, 2016.

GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; HEATH, I. Is clinical prevention better than cure? **The Lancet**, v. 372, n. 9654, p. 1997-1999, 2008.

GIARD, L. História de uma Pesquisa. In: CERTEAU, M. **A Invenção do cotidiano: 1**. Artes de fazer. 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 9-31.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA, M.H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 575-625.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. A Enfermagem gerontogeriatrica: perspectiva e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 1, n. 1, p. 57-68, 2004.

GONZALEZ-SANZ, J.D.; NOREÑA-PENA, A.; AMEZCUA, M. New ways for nursing inspired by the works of Michel de Certeau. **Nursing Philos**, p.1-9, 2017.

GOYANNA, N.F. et al. Idosos com doença de alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.379-386, 2017.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.331-336, 2004.

HORTA, N. de C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades, síntese do município- Dados gerais**. 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3143302>. Acesso em: 1 mar. de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico**. 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>. Acesso em: 12 jan. de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde. 2013. Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 92p. 2015.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IES). **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde Brasileiro**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. São Paulo: IESS (orgs), 2013.

JACCOUD, M; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: NASSER, A.C.A; POUPART, J.; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4.d. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 254-294.

JOSGRILBERG, F.B. **Cotidiano e invenção**. 1 ed. Escrituras Editora, 2005.

JUNQUILHO, G.S; ALMEIDA, R.A. de; SILVA, A.R.L. da. As "artes do fazer" gestão na escola pública: uma proposta de estudo. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 10, n. 2, p. 329-356, 2012.

JUSBRASIL. **Lei nº 2.913 de 02 de Julho de 2001**. Cria a Política Municipal do Idoso e dá outras providências. 2001. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/15920046/lei-n-2913-de-02-de-julho-de-2001-do-municipio-do-montes-claros>. Acesso em: 13 dez. 2017.

KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.16, n.1, p.161-169, 2014.

KIM, K.S. et al. Management of type 2 Diabetes Mellitus in older adults. **Diabetes e Metabolism Journal**, v.36, n.1, p. 336-344, 2012.

LAPERRIÈRE, A. Os critérios de científicidade dos métodos qualitativos. In: POUPART, J. et al. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4.d. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.p. 410-435.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n,1, p.867-874, 2011.

LEITE, R.P. A inversão do cotidiano: práticas sociais e rupturas na vida urbana contemporânea. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 737-756, 2010.

LEVIGARD, Y.E.; BARBOSA, R.M. Incertezas e cotidiano: uma breve reflexão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 84-89, 2010.

LIMA, V.V. et al. Activators of processes of change: a proposal oriented to the transformation of educational practices and the training of health professionals. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 279-288, 2015.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LINHARES, M.A. ALENCAR, C.N. Repensando o conceito de diglossia à luz de Michel de Certeau. **Revista de Estudos da Linguagem**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 492-518, 2016.

LUCCHESI, PTR. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME, OPAS, OMS, 2004.

LÜDKE, M; ANDRE, M.E.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2.ed. São Paulo: E.P.U, 2014.

MARIN, M.J.S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, 2013.

MARQUES, A.J. de S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades do idosos: da teoria à prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p.1-8, 2014.

MARTINS, A.K.L. et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.19, p.324-329, 2011.

MEDEIROS, S.G; MORAIS, F.R.R. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 52, p. 109-120, 2015.

MEDINA, M.G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, 2014.

MENDES, A.C.G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p. 955-964, 2012a.

- MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2903-2912, 2012b.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MENDONÇA, F.T.N.F. et al. Educação em saúde com idosos: pesquisa-ação com profissionais da atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.70, n.4, p. 792-799, 2017.
- MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MINAYO, C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.
- MIRANDA, L.L.; PIRES, V.A.T.N. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na avaliação da capacidade funcional do idoso. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.4, n .2, p. 806-820, 2011.
- MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso**: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. D.; CALDAS, C. P. Estratégia de saúde da família e Atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.
- O'BRIEN, M. The Tactics of Mobile Phone Use in the School-Based Practices of Young People. **Anthropology in Action**, v.16, n.1, p.30-40, 2009.
- OLIVEIRA, A.M.S.; MENEZES, T.M.O.A. Enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.513-518, 2014.
- OLIVEIRA, J.B. **Multiversos contextos da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2013. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2013.
- OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

OLIVEIRA, J.S de; CAVEDON, N.R. Micropolíticas das práticas cotidianas: etnografando uma organização circense. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 156-168, 2013.

OLIVEIRA, L.P.B.A. et al. Satisfação da população idosa atendida na Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.4, p. 871-9, 2014.

OLIVEIRA, M.A. de C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, T.R.P.R. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v.11, n.4, p. 182-8182, 2017.

ONOFRI JUNIOR, V.A.; MARTINS, V.S.; MARIN, M.J.S. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 21-33, 2016.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, (Série Brasil), p.11-31, 2011.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEIXOTO, D. L. **Estratégias e táticas cotidianas: um estudo sobre os sentidos das práticas sociais e suas influências no fazer estratégia de uma barraca em feiras-livres**. 2011. 107f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

PEREIRA, J. de S.; MACHADO, WILIAM, C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033 1051, 2016.

PEREIRA, K.C.R.; LACERDA, J.T. de; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p.1-16, 2017.

PIMENTEL, F.C.; ALBUQUERQUE, P.C. de; SOUZA, W.V. de. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.88-101, 2015.

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

PIUVEZAM, G. et al. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa Saúde Pública**, v.34, n.1, p.92-100, 2016.

POLARO, S.H.I. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

POPE C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PROTASIO, A.P.L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 209-220, 2014.

QUADROS, E.G.de. Objeto da História das Religiões: uma leitura de Michel de Certeau. **Impulso**, v.15, n.37, p.101-109, 2004.

QUEIROZ, E. de S.; PENNA, C.M de M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas- MG. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p. 62-69, 2011.

RATES, H.F. **O cotidiano de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento**. 2016. 110 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

RISSARDO, L.K.; CARREIRA, L. Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n.1, p. 73-81, 2014.

SALAMON, R.C. Antropología de las prácticas cotidianas: Michel de Certeau. **Chungará (Arica)**, v. 48, n. 4, p. 679-690, 2016.

SANT'ANNA, M.V. Outras centralidades, outros territórios: repensando a ideia de lugar. **Revista de Artes e Humanidades**, n.4, mai-out, 2009.

SANTIAGO, R. F. et al. Quality of care in the family healthcare units in the city of Recife: user perception. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 18, n. 1, p. 35–44, 2013.

SANTOS, D.S. et al. O que é realmente importante pensar sobre o cotidiano da enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n.10, p. 3502-15, 2014.

SANTOS, W.J.; GIACOMIN K.C.; FIRMO, J.O.A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.8, p. 3441-3450, 2014.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, C.T.B. et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, 2016.

SANTOS, D.S. **O cotidiano de um serviço de urgência e emergência nos discursos de usuários e trabalhadores**. 2015. 96 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SANTOS, W. J; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção do idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 8, p. 3441-50, 2014.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P.D.S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n.28, p.155-63, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCHMIDT, M. L. S. Produções táticas de usuários e trabalhadoras de programa de saúde mental: estudo etnográfico num centro de saúde escola da zona oeste de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1084-1093, 2013.

SCHNEIDER, L.C. Lugar e não-lugar: espaços da complexidade. **Ágora**, v.17, n.1, p. 65-74, 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS (SES MG). **Resolução SES Nº 1583 de 19 de setembro de 2008**. Institui e estabelece as normas gerais do Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. 2008. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1583.pdf. Acesso em: 23 out. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS (SES MG). **Resolução SES nº 2.603, de 7 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre o Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7ao%20ses%202.603%20de%207%20de%20dezembro%20de%202010.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS (SES MG). **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219, de 21 de agosto 2012**. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. 2012. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.219%20-%20Regioes%20de%20Saude%20-%2021.8.12.pdf>. Acesso em: 12 jan. de 2017.

SILVA, A.C.M.A. et al. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.

SILVA, F.M. et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 347-353, 2014a.

SILVA, K.L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014b.

SILVA, K.F.; LYRIO, K. A.; MARTINS, N. S. Michel de Certeau e a educação. **Caderno de produções acadêmico-científicas do programa de Pós-graduação em educação da Universidade Federal do Espírito Santo**, v. 17, n. 2, p. 63-74, 2011.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, K.L.; MATOS, J.A.V.; FRANÇA, B.D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1-8, 2017.

SILVA, M.R.F.; YAZBEK, M.C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katál**, v. 17, n. 1, p. 102-110, 2014.

SILVA, N.C. da; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E.M.T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 274-281, 2014.

SILVEIRA, I. M. S. C. **O processo de territorialização da estratégia saúde da família no bairro Morrinhos-Montes Claros/MG**: uma contribuição geográfica. 2013. 510 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SISSON, M.C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.991-1004, 2011.

SOUZA, T.R. et al. Fatores associados à frequência de polipatologia entre idosos atendidos em um centro de referência de Montes Claros - Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 661-669, 2016.

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

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa-técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SZOTTA, K. Remaking hospital space: the health care practices of injection drug users in New York City. **The International Journal on Drug Policy**, Liverpool, v. 25, n. 3, p. 650–652, 2014.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C.D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 4, p. 878-888, 2010.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n.3, p. 869-883, 2014.

THIRLWAY, F. Everyday tactics in local moral worlds: E-cigarette practices in a working-class area of the UK. **Social Science e Medicine**, v.170, n.1, p. 106-113, 2016.

TKATCH, R. et al. Population Health Management for Older Adults: Review of Interventions for Promoting Successful Aging Across the Health Continuum. **Gerontology e Geriatric Medicine**, v.2, n.1, p. 1-13, 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20(supl. 2), p.190-198, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2008 Revision, Highlights, Working Paper No. ESA/P/WP.2009**.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP. 2015**.

VARGAS, R. A.; JUNQUILHO, G. S. Funções administrativas ou práticas? As "artes do fazer" gestão na Escola Mirante. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v.15, n.35, p.180-195, 2013.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VELLO, L.S. et al. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 330-335, 2014.

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência, adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 705-715, 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

_____. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

_____. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.5-6, 2015.

_____. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p. 887-905, 2016.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p. 100-112, 2015.

VIEGAS, S.M. da F.; PENNA, C.M. de M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015.

VIEGAS, S.M. da F.; PENNA, C.M. de M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p.181-190, 2013.

VIEIRA, A.B. **Currículo e educação especial**: as ações da escola a partir dos diálogos cotidianos. 2012. 326 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

WERLE, F.O.C.; BRITTO, L.M.M.T. de S.; COLAU, C.M. Espaço escolar e história das instituições escolares. **Revista Diálogo Educacional**, v. 7, n. 22, p.147-163, 2007.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Status Report on noncommunicable diseases 2014**. Attaining the Nine Global Noncommunicable Diseases Targets; a Shared Responsibility. Geneva: World Health Organization, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Good health adds life to years**. Global brief for World Health Day 2012. World Health Organization, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on Ageing and Health**. Geneva: World Health Organization, 2015.

YILMAZ, G.G. Tactics in Daily Life Practices and Different Forms of Resistance: The Case of Turks in Germany. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v.82, n.1, p. 66-73, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZAGO, O.S. Espacio, territorio y territorialidad: una aproximación teórica a la frontera. **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, v. 61, n. 228, p.27-56, 2016.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista 1 - Profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família

Data: ____/____/____

Horário de início:

Horário de término:

Entrevista nº: _____

Identificação

Idade: ____

Sexo: () Feminino () Masculino

Identificação da ESF: _____

Tempo de trabalho na ESF: _____

Formação acadêmica

Tempo de formação: _____

Área de formação: _____

Nível de Qualificação: (especificar a área de formação)

() Nível técnico _____

() Graduação _____

() Especialização _____

() Mestrado _____

() Doutorado _____

() outros (especificar) _____

Função que exerce na equipe de saúde da família: _____

Já fez alguma capacitação específica na área de atenção ao idoso? Sim ____ Não

Qual? _____

Vínculo empregatício: () concurso () processo seletivo () contrato

Questões norteadoras

1) Gostaria que você me falasse sobre o seu cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família considerando suas vivências e atividades.

2) Como tem sido o trabalho da equipe de saúde da família na atenção à pessoa idosa?

3) Que atividades você desenvolve com as pessoas idosas de sua área de abrangência no seu dia-a-dia de trabalho?

4) Em quais espaços ocorrem estas atividades?

5) O município possui programas, política ou serviços específicos voltados para a atenção à saúde da pessoa idosa?

6) Como você descreveria a relação entre as ações desenvolvidas por essa equipe com outros serviços da rede municipal de saúde para atender as demandas de saúde do usuário idoso?

7) Como você percebe a atenção a pessoa idosa na ESF?

Você deseja acrescentar algo?

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista 2 - Profissionais que ocupam cargos estratégicos na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

Data: ____/____/____

Horário de início:

Horário de término:

Entrevista nº: _____

Identificação

Idade: ____

Sexo: () Feminino () Masculino

Formação acadêmica

Tempo de formação: _____

Área de formação: _____

Nível de Qualificação: (especificar a área de formação)

() Nível técnico _____

() Graduação _____

() Especialização _____

() Mestrado _____

() Doutorado _____

() outros (especificar) _____

Função que exerce na Secretaria Municipal de Saúde: _____

Já fez alguma capacitação específica na área de atenção ao idoso? Sim ____ Não ____

Vínculo empregatício: () concurso () processo seletivo () contrato

Questões norteadoras

- 1) Gostaria que você me falasse como está organizada a atenção à saúde da pessoa idosa no município de Montes Claros.
- 2) Como tem sido o trabalho de equipes de Saúde da Família do município na atenção à pessoa idosa?
- 3) O município possui programas, política ou serviços específicos voltados para a atenção à saúde da pessoa idosa?
- 4) Como você vê a relação entre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família com outros serviços da rede municipal de saúde para atender as demandas de saúde do usuário idoso?
- 5) Como você percebe a atenção à saúde da pessoa idosa no município e na ESF? Você deseja acrescentar algo?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa “Práticas cotidianas de atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família” para a tese de doutorado de Doane Martins da Silva, sob a minha coordenação, Professora Doutora Marília Alves, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo tem como objetivo compreender as práticas de atenção à saúde da pessoa idosa no cotidiano de equipes de Saúde da Família, de Montes Claros, na perspectiva de trabalhadores da saúde. Será realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa e os dados serão coletados por meio de entrevista individual, observação simples do cenário de trabalho, no momento das entrevistas, registradas em um caderno, chamado diário de campo. Você responderá perguntas sobre seu dia a dia de trabalho na atenção à saúde de pessoas idosas. A entrevista será gravada para assegurar a fidedignidade de suas respostas, estando à sua disposição para leitura, se assim o desejar. Será realizada também consulta aos documentos obtidos nas unidades básicas de saúde na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Montes Claros que tratam da atenção à saúde da pessoa idosa, como atas de reuniões, relatórios e projetos da área técnica de saúde da pessoa idosa. Será realizada coleta de dados secundários em base de dados disponibilizadas pela SMS de Montes Claros. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a reflexão de profissionais de saúde e gestores sobre aspectos importantes do cotidiano da atenção à pessoa idosa, oferecendo subsídios para a organização e planejamento das ações de saúde voltadas às pessoas idosas, designadamente na ESF. A pesquisa não oferece a você nenhum risco substancial direto ou indireto, apenas o risco de desconforto ou constrangimento na realização da entrevista, que será minimizado com a garantia do direito de recusar-se a responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Sua colaboração é voluntária e o anonimato será garantido. Firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e os resultados serão publicados em revistas científicas da área de saúde, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. Você não será remunerado e não terá gastos financeiros com a pesquisa. Informamos que a instituição que você trabalha autorizou a realização da pesquisa e a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG. Seu consentimento é pessoal e você poderá solicitar informações à equipe de pesquisa a qualquer momento, caso tenha dúvida, e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho. Você poderá contatar também o Comitê de Ética e Pesquisa para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma via ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Marília Alves

Assinatura do(a) participante: _____

Pesquisador _____

Data: ___/___/___

Contatos: Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6667 - Unidade Administrativa II – 2º Andar, sala 2005, Campus Pampulha ou pelo telefone (31) 3409-4592, ou e-mail: coep@prpq.ufmg.br

Pesquisadores: Prof. Dr^a Marília Alves, Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, sala 514 - St^a Efigênia, telefone (31) 34099849, e-mail: marilix@enf.ufmg.br
Doane Martins da Silva, Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, sala 514 - St^a Efigênia, telefone (31) 34099849, e-mail: doane.ef@hotmail.com

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP – UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

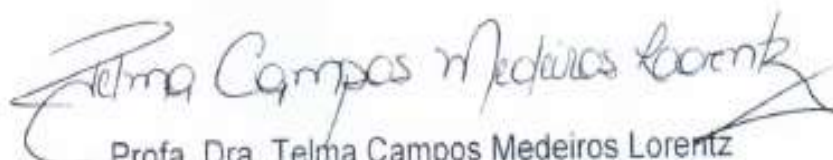
Projeto: CAAE – 53503916.8.0000.5149

Interessado(a): Profa. Marilia Alves
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO




O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de março de 2016, o projeto de pesquisa intitulado "**Práticas cotidianas de atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B

Formulário de referência para o CRASI - EFO

		CENTRO MAIS VIDA FORMULÁRIO REFERÊNCIA MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS					
PROGRAMA MAIS VIDA: ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO FRÁGIL CENTRO DE REFERÊNCIA ENY FARIA DE OLIVEIRA							
Nome do paciente: _____							
CNS: _____		Data de nascimento: _____		Data do atendimento: _____			
Endereço: _____					Nº _____	Bairro: _____	
Unidade de referência: _____				Autorização do gestor: _____			
Critérios para atendimento do idoso frágil no CRASI/EFO:							
<input type="checkbox"/> Idoso acima de 80 anos							
Acima de 60 anos:							
<input type="checkbox"/> polipatologias: _____							
<input type="checkbox"/> polifarmácia: _____							
<input type="checkbox"/> Imobilidade parcial ou total							
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária ou fecal							
<input type="checkbox"/> Instabilidade postural (02 quedas nos últimos seis meses)							
<input type="checkbox"/> Incapacidade Cognitiva - __Declínio cognitivo, __Depressão, __Síndrome demencial, __Delirium							
<input type="checkbox"/> História de internação hospitalar de repetição e/ou pós alta hospitalar							
<input type="checkbox"/> Dependente para as atividades da vida diária - Grau de Dependência: _____							
<input type="checkbox"/> Insuficiência familiar em situação de vulnerabilidade social na família ou Instituição de Longa permanência(ILP)							
Exames complementares:							
<input type="checkbox"/> Hemograma, <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum, <input type="checkbox"/> Na ⁺ , <input type="checkbox"/> K ⁺ , <input type="checkbox"/> Ca ⁺⁺ , <input type="checkbox"/> Vitamina B12, <input type="checkbox"/> Ácido Fólico, <input type="checkbox"/> Creatinina, <input type="checkbox"/> TSH, <input type="checkbox"/> T4 Livre,							
<input type="checkbox"/> PSA, <input type="checkbox"/> VDRL, <input type="checkbox"/> Colesterol Fracionado, <input type="checkbox"/> Triglicérides, <input type="checkbox"/> Função Hepática, <input type="checkbox"/> Proteína total/frações, <input type="checkbox"/> Urina rotina, <input type="checkbox"/> Pesquisa de sangue oculto nas fezes, <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma, <input type="checkbox"/> Tomografia do Encéfalo não contrastada, <input type="checkbox"/> Outros: _____							
Observações clínicas: _____							
Código / Senha – Autorização da Central de Agendamento: _____							
Data da consulta: ____/____/____				Horário da consulta: _____			
Local da consulta: Centro Eny Faria de Oliveira - Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Rua Primeiro Centenário, n° 101, Bairro Cândida Câmara							
Assinatura / Carimbo do médico responsável: _____							