

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

ELAINE ANASTÁCIA DE SOUSA

**TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO SERVIÇO NA PERSPECTIVA
DOS IDOSOS INSERIDOS NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE GOVERNADOR VALADARES/MG**

GOVERNADOR VALADARES
Dezembro/2016

ELAINE ANASTÁCIA DE SOUSA

**TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE:
AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO SERVIÇO NA PERSPECTIVA
DOS IDOSOS INSERIDOS NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE GOVERNADOR VALADARES/MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão

Co-orientadora: Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues

GOVERNADOR VALADARES
Dezembro/2016

À Deus meu soberano, visto acima de todas as coisas.

Agradeço todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, por isso primeiramente agradeço a todos de coração.

AGRADECIMENTOS

Como é bom sentir a presença de Deus na nossa vida, saber que ele está sempre ao nosso lado amparando com a sua mão divina! Mesmo quando se sente sozinho e perdido, ele está conosco, mostrando a direção certa para seguirmos pelo melhor caminho!

Aos meus pais pessoas insubstituíveis, que bem antes de nascer já me amavam, acompanharam meus passos por anos e anos, muitas vezes renunciando aos seus sonhos em função dos meus, me ensinaram a ser vencedora. Mesmo distantes, sempre tinham uma palavra de consolo me dando força para continuar caminhando.

Aos amigos e colegas, a você que ouviu meus desabafos, que presenciou meu silêncio, que tantas vezes machuquei. Que me acompanhou, chorou, riu, sentiu, participou, aconselhou. Que sofreu pela minha própria incompreensão e insensibilidade.

A meus irmãos a quem tanto me desejam o bem, obrigado!

A meu filho Victor Hugo, minha motivação.

Ao meu marido, companheiro, José Geraldo, minha fortaleza.

A minha Prof. Dra. Marileny Boechat Frauches, pelo apoio, incentivo e pelos conhecimentos compartilhados, uma amizade construída a base do respeito.

A Professora Eliana Martins Marcolino e Lúcia Alves de Oliveira Fraga por ter aceitado o convite de participar da minha banca.

Assessora de Pesquisa e Pós-Graduação: Eunice Maria Nazareth Nonato

EPÍGRAFE

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão e bússola, nunca tendo certeza do seu

(Leonardo da Vinci)

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como prioritária para a reorientação do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e diversas iniciativas têm sido propostas para avaliar em que medida a ESF está orientada para a Atenção Primária à Saúde (APS). Destaca-se que a APS possui atributos essenciais e derivados, sendo a *Coordenação do serviço*, um dos atributos essenciais de grande relevância entre os demais, pois coordena os usuários de saúde para os demais níveis de atenção. A *Coordenação do serviço* possui duas dimensões: *Coordenação – Integração de cuidados* (dimensão E) e *Coordenação – Sistema de Informações* (dimensão F). O objetivo desta pesquisa foi avaliar a *Coordenação do serviço* da APS na perspectiva dos idosos usuários do território da ESF na zona urbana do município de Governador Valadares/MG. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. A amostra foi constituída por 163 indivíduos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, fisicamente independentes, com função cognitiva preservada, usuários da ESF. Para a coleta dos dados quantitativos foi utilizado um Inventário Sociodemográfico, que visou conhecer o perfil dos idosos pesquisados e seus indicadores de saúde. Para avaliar a *Coordenação do serviço* de saúde foi utilizado o instrumento PCATool-BRASIL versão Adulto. Esse instrumento possibilita construir escores de APS, sendo que o escore do atributo *Coordenação do serviço* é o resultado da média obtida das *dimensões E e F*. São considerados serviços com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6. Os dados quantitativos foram processados no software estatístico R 3.2.2. Para a coleta de dados qualitativos foi realizada uma entrevista semiestruturada com 10 idosos sorteados aleatoriamente e para esta análise foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Os resultados demonstraram que os idosos pesquisados possuem uma média de idade de 71 anos (DP=8,1), sendo a maioria do sexo feminino (71,2%), 44,2% eram casados ou em união consensual, 82,8% informaram ter de 0 a 4 anos de estudo, 1 em cada 4 idosos vivem com cônjuges, filhos, parentes ou agregados e declararam uma renda mensal de 1,3 salários mínimos (DP=0,8). Considerando os indicadores de saúde, constatou-se que 59,5% dos idosos pesquisados nos últimos 06 meses, realizaram de 1 a 3 consultas no SUS, 89,0% estão em uso de pelo menos um medicamento diariamente e 81,6% declararam possuir pelo menos uma doença diagnosticada pelo médico do SUS. O escore do atributo *Coordenação do serviço* foi de 6,4 (EP=0,2) e os escores da *dimensão E* foi de 6,2 (EP=0,3) e da *dimensão F* foi de 6,6 (EP=0,2). Observou-se que nenhuma variável demográfica, nem indicador de saúde demonstrou estar associado de forma estatisticamente significativa com o escore da *dimensão E*, contudo, a procedência (bairro de origem do idoso) evidenciou associação significativa com o escore da *dimensão F*. A análise qualitativa permitiu identificar a percepção dos idosos retratando seus entendimentos sobre saúde a partir de temáticas que ajudaram a identificar categorias que, na perspectiva dos idosos, conceituaram saúde como bem-estar físico e emocional; associaram o possuir saúde, a presença e ausência de saúde; e destacaram como práticas de saúde uma alimentação saudável, atividade física, hábitos saudáveis de vida e vida tranquila. Concluiu-se que os idosos pesquisados avaliaram de uma forma relativamente positiva a *Coordenação do serviço*, porém observou-se uma deficiência no acompanhamento e no controle da qualidade dos serviços prestados, bem como uma carência deste grupo populacional em ter

autonomia na informação. Os idosos também consideraram sua saúde de forma fragmentada, de acordo com suas vivências na atenção à saúde e necessidades. Conhecer e analisar esta percepção pode ajudar no desenvolvimento da atenção integral a esta população, bem como favorecer a melhoria da sua qualidade de vida. Sendo assim, esses resultados apontam para a necessidade de elaboração de um planejamento integral de atenção à saúde do idoso.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Idoso. Avaliação de Serviços de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Territorialidade.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) has been identified as a priority for the reorientation of the care model in the Unified Health System (UHS) and several initiatives have been proposed to evaluate the extent to which the FHT is oriented towards Primary Health Care (PHC). It stands out that the PHC has essential attributes and derivatives, being the Service Coordination, one of the essential attributes of great relevance among the others, because it coordinates the health users to the other levels of attention. The Service Coordination has two dimensions: Coordination - Integration of care (E dimension) and Coordination - Information System (F dimension). The purpose of this research was to evaluate the PHC Service Coordination from the perspective of the elderly users of the FHS territory in the urban area of the municipality of Governador Valadares / MG. It is an observational, descriptive, cross-sectional study with a quantitative and a qualitative approach. The sample consisted of 163 individuals, aged 60 or more, of both sexes, physically independent, with preserved cognitive function, users of the FHS. For the collection of quantitative data a Sociodemographic Inventory was used, which aimed to know the profile of the surveyed elderly and their health indicators. To evaluate the Coordination of the health service it was used PCATool-BRASIL instrument adult version. This instrument makes it possible to construct PHC scores, and the score of the Service Coordination attribute is the result of the mean obtained from the E and F dimensions. PHC High Score services are those that have a value greater than or equal to 6.6. The quantitative data were processed in statistical software R 3.2.2. For the collection of qualitative data, a semi-structured interview was conducted with 10 randomly selected elderly, and for this analysis, the Bardin Content Analysis technique (2011) was used. The results showed that the elderly studied had a mean age of 71 years (SD = 8.1), the majority of them were female (71.2%), 44.2% were married or in a consensual union, 82.8 % reported having between 0 and 4 years of study, 1 in 4 elderly people lived with spouses, children, relatives or households and declared a monthly income of 1.3 minimum wages (SD = 0.8). Considering health indicators, it was found that 59.5% of the elderly surveyed in the last 6 months had 1 to 3 consultations in the UHS, 89.0% were using at least one medication daily and 81.6% declared to have at least one disease diagnosed by the UHS doctor. The score of the Service Coordination attribute was 6.4 (PE = 0.2) and the E dimension scores were 6.2 (PE = 0.3) and the F dimension was 6.6 (PE = 0,2). It was observed that no demographic variable or health indicator was statistically associated with the E dimension, however, the origin (neighborhood of the elderly) showed a significant association with the F-dimension score. The qualitative analysis allowed to identify the perception of the elderly portraying their understandings on health from themes that helped to identify categories that, from the perspective of the elderly, conceptualized health as physical and emotional well-being; associated the own health, the presence and absence of health; And highlighted health practices as healthy eating, physical activity, healthy living habits and quiet life. It was concluded that the surveyed elderly

evaluated the Service Coordination in a relatively positive way, but it was observed a deficiency in the monitoring and control of the quality of the services provided, as well as a lack of this population group in having autonomy in information. The elderly also considered their health in a fragmented way according to their experiences in health care and necessities. Knowing and analyzing this perception can help in the development of integral care for this population, as well as favor the improvement of their quality of life. Thus, these results point to the need to elaborate a comprehensive planning of health care for the elderly.

Keywords: Primary Health Care. Elderly Health. Evaluation of Health Services. Family Health Strategy. Territoriality.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Atributos essenciais e derivados da atenção primária á saúde, segundo Starfield, 2001.....	31
FIGURA 2- Limite de zonas das regiões de atendimento das unidades básicas de saúde.....	44
FIGURA 3- Gráfico de radar sobre a distribuição percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem a dimensão integração de cuidados.....	64
FIGURA 4- Distribuição percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem a dimensão sistema de informações.....	65
FIGURA 5- Gráfico de bolhas modificado sobre a dispersão dos Escores E e F, ressaltando os bairros em sua dimensão na amostra e as respectivas frequências de consultas médicas. As linhas pontilhadas marcam o ponto de corte dos escores considerados aceitáveis.....	68
FIGURA 6- Distribuição dos escores E e F pelos bairros.....	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição da proporcionalidade de idosos segundo a região geográfica de moradia, no município estudado.....	43
TABELA 2 - Distribuição da faixa etária dos idosos da amostra em relação à proporção apresentada pelo IBGE em 2010 para a população de Governador Valadares.....	51
TABELA 3- Características socioeconômicas e demográficas dos idosos pesquisados.....	53
TABELA 4 - Perfil dos indicadores de saúde dos idosos pesquisados.....	59
TABELA 5 - Contingência dos Escores E e F com as variáveis demográficas do estudo, bem como os indicadores de saúde.....	67
TABELA 6 - Descrição das temáticas e categorias resultantes da Análise de Conteúdo.....	71

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Pirâmide Etária da População Brasileira no ano de 2010.....	23
GRÁFICO 2 - Pirâmide Etária da População Brasileira de Minas Gerais ano de 2010.....	25
GRÁFICO 3 - Distribuição da população idosa por sexo e idade de Governador Valadares – MG – 2010.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EPC – econômica Política e cultura

IBGE - Instituto Brasileiro geografia estatística

MS – Ministério da Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PCATool - Primary Care Assessment Tool

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	19
2.1 GEOGRAFIA E SEU SIGNIFICADO NA SAÚDE.....	19
2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.....	22
2.3 CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO	26
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI)	28
2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS).....	29
2.5.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)	34
2.5.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	36
2.5.3 Instrumento de Avaliação da atenção primária à saúde – PCAtool-Brasil – Versão Adulto	38
3 OBJETIVO	42
3.1 OBJETIVO GERAL	42
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO	42
4 METODOLOGIA	43
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	43
4.2 TIPOS DO ESTUDO E ABORDAGEM.....	43
4.3 UNIVERSO DO ESTUDO.....	44
4.4 AMOSTRA.....	45
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	45
4.6 ESTUDO PILOTO	46
4.7 COLETA DE DADOS.....	46
4.7.1 Instrumentos para Coleta de Dados	47
4.7.1.1 Inventário Sociodemográfico.....	47
4.7.1.2 O Primary Care Assessment Tool (PCATool) – Brasil – versão Adulto....	48
4.7.1.3 Entrevista Semiestruturada	48
4.7.2 Análises dos dados	49
4.7.2.1 Análise dos dados quantitativos.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	51
5.1 DADOS QUANTITATIVOS	51
5.1.1 Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos pesquisados	51
5.1.2 Indicadores de Saúde	58

5.1.3. Atributo Coordenação do Serviço	61
5.1.3.1 Coordenação - Integração de cuidados (E)	62
5.1.3.2 Coordenação - Sistema de Informações (F).....	64
5.2 DADOS QUALITATIVOS	70
5.2.1 TEMA 1: Significado de Saúde	71
5.2.1.1 Categoria 1: Bem-estar físico e emocional	73
5.2.1.2 Categoria 2: Boa Alimentação	78
5.2.2 TEMA 2: Considera Possuir Saúde	81
5.2.2.1 Categoria 1: Presença de Saúde	82
5.2.2.2 Categoria 2: Ausência de Saúde	86
5.2.3 TEMA 3 - Práticas necessárias para Ter Saúde	90
5.2.3.1 Categoria 1 - Alimentação Saudável	92
5.2.3.2 Categoria 2 – Atividade Física.....	95
5.2.3.3 Categoria 3 - Hábitos Saudáveis de Vida	98
5.2.3.4 Categoria 4 - Vida Tranquila	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXO A- APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- UNIVALE	129
ANEXO B- INVENTÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO	131
ANEXO C INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMARIA PCATOOL - BRASIL VERSÃO ADULTO	132
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população está aumentando rapidamente em todo o mundo, ganhando notável representatividade, devido ao aumento da expectativa de vida e consequente crescimento do número de idosos na população, o que pode aumentar também a demanda no âmbito político, econômico, social e de saúde (WHO, 2015).

Estimativas apontam que em 2050 existirão cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria concentrada nos países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2015). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o Brasil apresentava aproximadamente 20 milhões de indivíduos idosos, com um crescimento da população brasileira, sendo que a estimativa é que em 2050, alcance a marca de 64 milhões de idosos (SILVA et al., 2014).

O envelhecimento populacional pode ser entendido como um processo fisiológico, que faz parte do ciclo evolutivo humano, apresentando particularidades que necessitam serem identificadas. É importante destacar que com o aumento da expectativa de vida da população, cresce também a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que podem deixar o idoso mais vulnerável, gerando maior dependência e comprometendo a sua autonomia para a realização das atividades diárias (DAWALIBI et al., 2013).

Assim, o aumento da incidência das DCNT no idoso intensifica-se a procura pelo serviço de saúde. Políticas públicas de saúde, com ações de promoção, recuperação, prevenção e assistência ao idoso tornam-se um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na perspectiva social, quanto no aspecto demográfico e epidemiológico (FRACOLLI et al., 2014).

No Brasil, verifica-se a existência da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPN), que entre outros pressupostos, indica a responsabilização do estado, sociedade, e família para com o idoso (BRASIL, 2006). Percebe-se que a implementação de políticas públicas destinadas às pessoas idosas torna-se cada

vez mais necessárias. Vale ressaltar a importância de se trabalhar as questões que envolvem a saúde do idoso buscando garantir sua qualidade de vida (BRASIL 2006, MENDONÇA, 2010).

Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) veio a representar uma das formas mais equitativas e eficientes de se organizar um sistema de saúde. A partir da década de 90, ocorreu um incremento de pesquisas comprovando o impacto positivo da APS nos sistemas de saúde (STARFIELD, 2004). Neste período, foi instituído no Brasil o Programa Saúde da Família que, posteriormente, teve seu conceito ampliado e foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) que buscou a reorientação e expansão da APS no Brasil e, conseqüentemente, reorganização do SUS (BRASIL, 2006).

A APS tem como base o princípio de territorialização, responsável pela atenção à saúde das pessoas, que estão na sua área de abrangência, acolhendo-as de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, para isso é necessário uma ação coordenada da ESF (BRASIL, 2006). Destaca-se que a APS é constituída de atributos essenciais e derivados, assim neste contexto, torna-se relevante estudar o atributo essencial *Coordenação do serviço*, uma vez que o mesmo é capaz de organizar o fluxo dos usuários nas redes de saúde, abrangendo os mais simples até os mais complexos (STARFIELD, 2002).

A *Coordenação do serviço* representa o princípio que permeia os diferentes serviços, sendo de forma continuada e interligada, e ainda se sustenta na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de forma a intervir para uma efetiva atenção à saúde do idoso (SOUZA et al., 2015). Para que essa efetividade ocorra é preciso a avaliação do serviço. Dentre as iniciativas para avaliar a efetividade da APS, encontra-se o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) (FRACOLLI et al. 2014).

Diante do quadro de transição demográfica e epidemiológica da população idosa no Brasil, o presente estudo buscou avaliar a *Coordenação do serviço* na perspectiva dos idosos assistidos no território da ESF. Avaliar a *Coordenação do serviço* é necessário para a produção de informações por meio do usuário, sendo que essas informações podem subsidiar gestores de saúde e profissionais da ESF

na tomada de decisão, no sentido de materializar os pontos fortes e trabalhar os fatores apontados como frágeis. Uma vez que *Coordenação* envolve o aumento da capacidade de resolução da ESF, promovendo condições de elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os locais de atenção, observa-se que sem a coordenação, o serviço pode ser comprometido em relação à atenção à saúde, e assim outros atributos da APS, poderiam ser comprometidos (STARFIELD, 2002; ALMEIDA, FAUSTO e GIOVANELLA, 2011).

Desse modo a avaliação da qualidade da atenção prestada aos idosos, pela ESF, através do atributo coordenação, é fundamental, pois possibilita novos investimentos na melhoria da qualidade dos serviços ofertados dentro de cada território de saúde, novas formas de gestão e cuidado, ações mais acessíveis, resolutivas e humanizadas a esta clientela. Incluir profissionais de saúde no processo de avaliação de serviços de saúde significa ter o olhar de quem está dentro do serviço ou de um programa, e que exerce a gestão do cuidado, vivenciando as realidades e dificuldades dos serviços de saúde e do território.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 GEOGRAFIA E SEU SIGNIFICADO NA SAÚDE

A Geografia dos serviços de saúde se organiza sobre uma estrutura territorial, o que significa que a distribuição espacial desses serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com o nível de atenção primária, para ele, a aproximação dos serviços de saúde com o território é representada por diferentes modelos de atuação, sendo um deles a ESF. Pode-se dizer que o território da saúde se compõe das instituições, pessoas, redes e cenários que dele participam. Dessa forma, ocorre a multiplicação das trocas entre as pessoas e é ressaltado o papel do território como o organizador da atenção primária à saúde (FARIA, 2013).

O território da saúde assume funções diferentes na ESF, a exemplo o território da gestão, onde busca a articulação com outros níveis de atenção mais complexos, além do território de realizações, onde ocorre a prestação dos serviços no espaço vivido e materializado. E ainda a presença de um espaço onde os fenômenos naturais e sociais se misturam, podendo ser ambientes vulneráveis ou não ao aparecimento de determinadas doenças (GONDIM et al., 2008).

Outro fator importante do território é perceber que não é suficiente uma abordagem só física para entender toda a sua dinâmica no âmbito do processo saúde-doença. É necessário verificar informações geográficas, econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas, para uma análise de quais as ações deverão ser alocadas para aquele setor. No entanto, o território não pode ser visto numa única perspectiva, mas como um local onde há cruzamentos de direitos, saberes e ações dos atores sociais que se produz e identifica com aquele território ao longo do tempo (HASBAERT, 2005 e FARIA, 2013).

Partindo deste pressuposto, é importante destacar a territorialização como sendo um dos princípios da ESF, a fim de identificar o viés do levantamento dos problemas, necessidades, uso e apropriação do território, demarcação dos limites de áreas de atuação, conhecer a população e sua dinâmica social e ambiental. Seria o território área, distrito, moradia, microárea de atuação da equipe com

ações de vigilância a saúde. A saúde é uma área rica para a assistência social, feita a partir do uso do seu território (HASBAERT, 2007).

Ainda sobre a territorialidade é possível compreender os hábitos de vida da comunidade, sendo possível visualizar a realidade vivida pelos indivíduos. Assim, a saúde e os problemas de saúde, podem ser construídos socialmente mediante processos que são de diferentes origens: a biologia humana, o ambiente, o modo de vida e o próprio sistema de serviços de saúde, as dinâmicas que acontecem num determinado espaço em diversas escalas. O território seria, portanto, a base da análise que possibilita uma visão totalizadora dos determinantes, fatores de risco, agravos e danos à saúde. Para o entendimento desses fatores faz-se necessário o desenvolvimento de processos avaliativos, buscando efetividade sobre as ações realizadas (MONKEN et al., 2008).

Para viabilizar o processo proposto pela ESF, a territorialização é utilizada como uma ferramenta de políticas públicas de saúde que identifica os problemas, necessidades e conflitos existentes na população, mapeamento as áreas de atuação das equipes, identificando as comunidades de riscos e demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços (RODRIGUES e RAMIRES, 2015).

Articular o território no contexto da saúde requer um processo de saberes, frente às variadas concepções. Sendo que o processo de interação e integração das pessoas acontece em diferentes ambientes que comportam o convívio em sociedade. Nesse raciocínio o território é um local onde há vida e identidade, com características diferentes de um lugar para o outro, podendo remeter o poder e, sobretudo possibilita a reflexão de estratégias de atuação efetivas de prevenção e controle de doenças (SANTOS, 2009).

Na concepção de Milton Santos a Geografia permitiu à Epidemiologia mudar o foco usual de análise centrada na doença para a análise das condições de ocorrência das mesmas, mudança esta evidenciada no século XX com a procura do homem por metodologias que abarcassem a saúde e as dinâmicas ocorridas no território da saúde. Passando assim a ter uma análise do espaço geográfico além de sua compreensão real, de uma avaliação objetiva contemplando também uma análise subjetiva do espaço (como meio percebido). Assim o território pode ser

traduzido em diferentes ciências, com a necessidade de ações interdisciplinares e plurais (SANTOS, 2001).

É nesse contexto que se propõem a interdisciplinaridade como uma forma de organizar o território de maneira a produzir e transmitir conhecimento, ampliar a visão de mundo, de outros e da realidade, no propósito de superar a visão integradora. Assim, a interdisciplinaridade deve ser entendida como um processo em construção, uma postura do indivíduo que envolve capacidade de cooperação, respeito à diversidade, abertura para o outro, vontade de colaboração, diálogo, principalmente em se tratando do aumento da população idosa e consequentemente o aumento das doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2013)

No enfrentamento às doenças o território vem sendo explorado, o que facilita o diagnóstico da situação de saúde da população de uma determinada área delimitada, buscando alcançar práticas de vigilância em saúde, uma concepção de espaço compreendendo as dinâmicas locais que inferem na propagação de doenças. Para isso o território deve ser visto de forma integradora, com vistas a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. A integração das equipes tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados (SANTOS, 2009).

Percebe-se que em diferentes lugares do mundo, sendo semelhante ao Brasil e Governador Valadares, que as taxas de fecundidade diminuíram e as populações envelheceram. Neste contexto a expectativa de vida aumenta o que torna o panorama demográfico favorável ao aumento das condições crônicas. É importante ressaltar-se que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (SILVA et al., 2015).

2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

Observa-se um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade. A partir dessa dinâmica demográfica, o mundo passa também pelo processo de mudança epidemiológica, que se caracteriza pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Com a transição epidemiológica, ocorre a modificação das formas de adoecimento e saúde da população. No lugar de processos agudos recentes que podem ocorrer por meio da cura ou do óbito, as comorbidades crônicas passam a predominar cada vez mais podendo ocorrer mais incapacidades e aumentar os gastos com os serviços de saúde (SOUZA et al., 2016)

O aumento de indivíduos idosos provoca transformações no aspecto epidemiológico e demográfico, trazendo novas preocupações em torno do processo conhecido como envelhecimento populacional, caracterizado pela redução no número de crianças e jovens e pelo aumento da proporção de pessoas com 60 anos ou mais, com grande impacto ao sistema de saúde, tendo em vista a prevalência de doenças crônicas degenerativas, diante de um novo quadro da transição demográfico-epidemiológica, isto é, um novo modelo de assistência. Todavia, o estilo de vida, dentre outros fatores, envolve o contexto social, e o processo saúde-doença perpassa pela dimensão psicoemocional, que não pode e não deve ser subestimada ou ignorada pela equipe de saúde (MS, 2010).

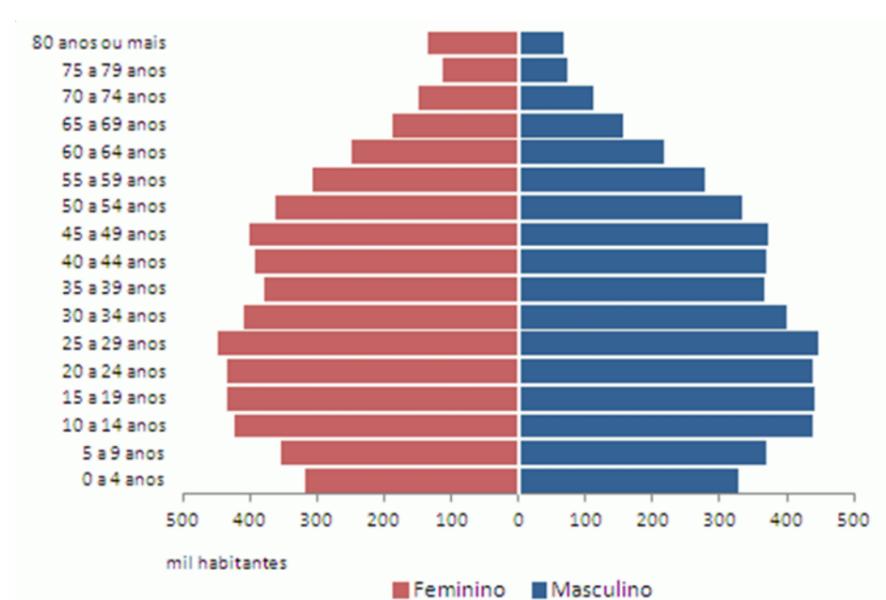
Mudanças essas que são apresentadas pelos dados da Organização das Nações Unidas (ONU), demonstram que em 2011 a população idosa correspondia a 11% da população mundial e em 2050 chegará a 22%. A população idosa irá passar dos 841 milhões para 2 bilhões até 2050, ao passo que a saúde pública terá que trilhar novos caminhos frente as doenças crônicas degenerativas (SALLES, 2015).

Processo esse que tem ocorrido também com a população idosa brasileira que vem crescendo. As expectativas indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um número superior a 30 milhões de

peças. É possível observar que o avanço tecnológico, o investimento em saúde e a introdução de medicamentos favoreceram a queda da mortalidade no país, e o aumento da expectativa de vida (IBGE, 2011).

O aumento da população idosa ainda relaciona-se com a melhoria global das condições de vida das populações e uma maior acessibilidade ao sistema de saúde, tendendo a expectativa de vida média a crescer drasticamente nas próximas décadas. O envelhecimento populacional brasileiro vem evoluindo nos últimos anos. A expectativa de vida no início do século XX não passava dos 33,5 anos, o Brasil segue com uma média de 22 milhões de idosos, superando países como a Itália, França e Inglaterra. A esperança de vida da população brasileira tem ênfase em idosos acima de 80 anos. Como se observa no (GRÁFICO 1) o efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta numa transformação da pirâmide etária da população brasileira. O formato triangular, com base alargada, irá ceder lugar em 2030 a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas (IBGE, 2011 e VALDÉS, 2014).

Gráfico 1 – Pirâmide etária da população brasileira no ano de 2010



Fonte: IBGE, 2010

Dados mais recentes evidenciados no Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento da World Health Organization/WHO (2015) demonstraram que a porcentagem de indivíduos com idade acima dos 60 anos no Brasil cresce acima

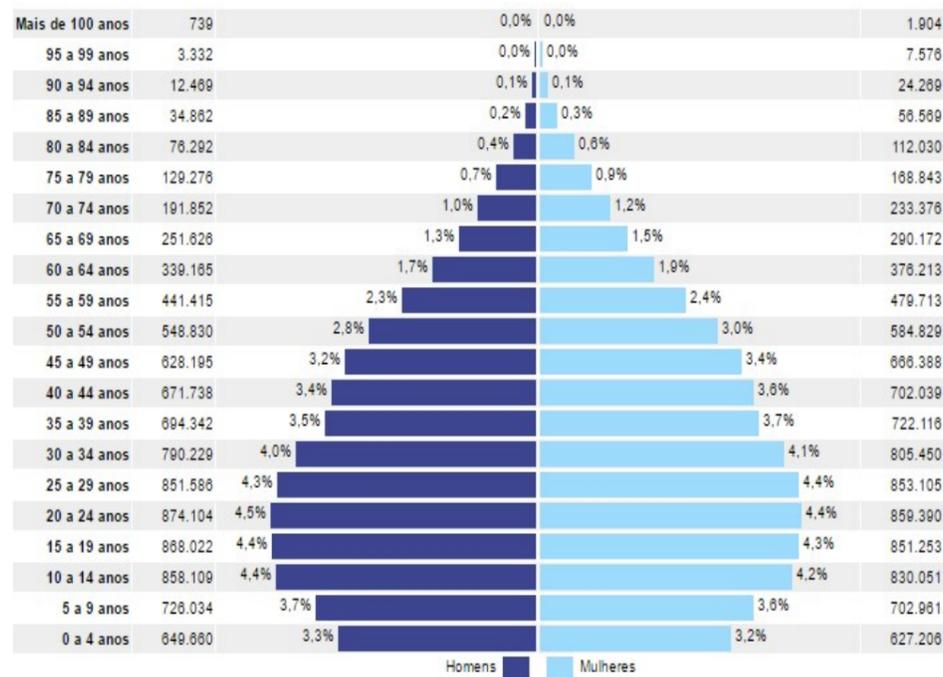
da média mundial. Por aqui, a porcentagem atual, chega a 12,5% de idosos, e deve alcançar os 30% até a metade do século, ou seja, logo seremos considerados uma nação envelhecida. Segundo a OMS (2015) essa classificação é dada aos países com mais de 14% da população constituída de idosos, como são, atualmente, França, Inglaterra e Canadá.

Cenário demográfico parecido vivido no Brasil e semelhante ao que ocorre com a população mundial, os idosos brasileiros somam 23 milhões de pessoas acima de 60 anos, o que corresponde a 12,5% da população. Em 2050 o Brasil terá 64 milhões de pessoas acima de 60 anos, o que corresponderá a 30% da população. Em 2015, a população mundial conta com 900 milhões de idosos o que corresponde a 12,3% da população total (WHO, 2015).

A expectativa é de que em 2050 o número total de idosos represente 21,5% da população mundial. De acordo com o relatório da WHO (2015) um brasileiro que vive 75 anos teria uma média de 65 anos com qualidade de vida, sendo os últimos 10 associados a doenças, dependência de cuidados especiais e deficiências. O índice de envelhecimento no estado de Minas Gerais, um dos maiores do país em área, é o segundo estado mais populoso no país, e tem-se observado um aumento do envelhecimento da população. Como se observa no (GRÁFICO 2) nas últimas décadas, o perfil da pirâmide etária tem mudado, sendo que o estado de Minas Gerias tem acompanhado as mudanças etárias ocorridas no país (IBGE, 2010).

A pirâmide mineira surge com o perfil de uma base bem larga que se estreita à medida que se avança as faixas etárias, com uma diminuição do percentual de população nas idades mais jovens, com um alargamento das faixas entre 14 a 29 anos de idade, tanto para homens quanto para mulheres, chamando atenção para o aumento da população acima dos 70 anos de idade (IBGE, 2010).

Gráfico 2 - Pirâmide etária da população brasileira de Minas Gerais ano de 2010



Fonte: IBGE, 2010

A transição epidemiológica evidencia uma mudança etária que se destaca como uma preocupação mundial, exigindo políticas relacionadas à saúde dos idosos, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Ela propicia mudanças significativas impactando nos serviços de saúde, uma vez que as doenças crônicas degenerativas aumentaram as demandas de atenção contínua (KALACHE, 2008).

Esta transição epidemiológica está direcionada para as mudanças dos padrões do processo saúde-doença, suas interações, determinantes e consequências. Assim, no que se relaciona ao envelhecimento, pode-se observar mudanças no que diz respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças não transmissíveis. As inovações na atenção à saúde, como por exemplo, as tecnológicas, são marcadores na redução de letalidade, implicando mudanças nos indicadores de morbidade e mortalidade (SILVA et al., 2015).

No território Brasileiro, o envelhecimento tem aumentado no último censo demográfico, podendo ser observado a ampliação da expectativa de vida, como a

prevenção de doenças e a participação social. Buscas pelos seus direitos ajudam a diminuir a mortalidade no país. Essas transições afetam diretamente, e de forma significativa, a estrutura etária da população brasileira, é possível observar também que os idosos possuem características diferentes, de acordo com sua nação (IBGE, 2011).

A pirâmide de Governador Valadares (GRÁFICO 3) surge com o perfil de uma base bem larga que se estreita à medida que se avança as faixas etárias, com uma diminuição do percentual de população nas idades mais jovens, tanto para homens quanto para mulheres, chamando atenção para o aumento da população acima dos 70 anos de idade, seguindo o mesmo perfil nacional (IBGE, 2010).

Gráfico 3- Distribuição da população idosa por sexo e idade de Governador Valadares –MG – 2010

90 a 94 anos	164	0,1%	0,1%	323
85 a 89 anos	434	0,2%	0,3%	730
80 a 84 anos	950	0,4%	0,5%	1.433
75 a 79 anos	1.760	0,7%	0,9%	2.419
70 a 74 anos	2.479	0,9%	1,3%	3.331
65 a 69 anos	3.118	1,2%	1,6%	4.149
60 a 64 anos	4.077	1,5%	2,0%	5.198

Entre 2000 e 2010, a taxa de envelhecimento em Governador Valadares, passou de 5,83% para 8,12%. Governador Valadares, constitui-se, atualmente, num importante polo econômico regional. É um município no interior do estado de Minas Gerais. Pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce, localiza-se a nordeste da capital do estado, distando destes cerca de 320 quilômetros. Sua população estimada pelo IBGE em 2013 era de 275 568 habitantes, sendo assim o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. A maior parte de seu território situa-se na margem esquerda do Rio Doce (IBGE, 2013).

2.3 CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO

O envelhecer pode ser caracterizado por diferentes fatores e varia de indivíduo a indivíduo, essas mudanças são: condições biológicas, que estão

intimamente relacionadas com a idade cronológica, traduzindo-se por um declínio harmônico de todo conjunto orgânico; as condições sociais variam de acordo com o momento histórico e cultural; condições econômicas; cognitivas começam a falhar, atenção, orientação e concentração, e a funcional é quando há perda da independência e autonomia, precisando de ajuda para desempenhar suas atividades básicas diárias. Assim envelhecer é um evento progressivo e multifatorial podendo ser um processo heterogêneo, em que cada indivíduo apresenta uma experiência individual (NERI, 2007).

Para Beauvoir (1990) não é fácil circunscrever uma concepção bem definida para o idoso, sobretudo pela estreita interdependência dos pontos de vista dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que circundam o indivíduo. Considerando a pluralidade de experiências de cada ser, torna-se impossível estabelecer limites que conceituem isoladamente o envelhecimento.

O envelhecimento pode ser definido como um processo multifacetado ao longo de todo o curso da vida. Caracterizado por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que levam a uma diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, e conseqüentemente à morte (NERI, 2007).

A OMS (1983) classifica a população idosa de acordo com o desenvolvimento do país, no qual o indivíduo está inserido. Em países desenvolvidos, são aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais.

Baseado no conceito de autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classifica os idosos em 3 grupos:

Funcionalmente Independente - Indivíduos saudáveis, porém podem ser identificadas uma ou duas enfermidades crônicas não graves, controladas por medicação, apresentam capacidade de realizar suas atividades diárias sem supervisão.

Parcialmente Independente - Indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do

sistema de suporte social, o que faz com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria vive com a família ou em instituições com serviços de suporte.

Totalmente Dependente – Indivíduos que requerem ajuda máxima ou total para efetuar as atividades diárias. Sua capacidade está afetada por problema físico debilitante crônico, médico e/ou emocional, que os impossibilita de manter autonomia.

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos, existindo uma legislação específica do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996). Esta legislação regulamenta a Política Nacional do Idoso (PNI) e prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

Nesta PNI estão contempladas as questões da saúde e assistência social, às quais todo idoso tem direito, tais como a segurança comunitária e social, segurança de acolhida, de renda, de convívio ou vivência familiar, de desenvolvimento da autonomia individual, familiar e comunitária; do alcance de sua autonomia, independência e condições de bem-estar e do acesso a informações sobre seus direitos, ampliando a capacidade protetiva da família. Este território da PNI é evidenciado com a descentralização político-administrativa, como territorialização a qual representa uma nova lógica de organização da política de assistência social nos diferentes territórios. Assim, o território é à base da organização do sistema de saúde, em seus múltiplos espaços e vem a expressar diferentes demandas e configurações sociais (CUNHA, 2008).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI)

Percebe-se a saúde do idoso praticamente inexistente emergindo então discussões em torno do assunto, a fim de buscar solução mais eficiente para esse grupo. Neste contexto, foi sancionado por meio da Lei Nº 1.074, 1º de outubro de 2003, o Estatuto do idoso que propõe os direitos fundamentais incluídos as necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI. Ao passo que fortalecendo os direitos assegurados na Constituição Federal e

contribuindo para o envelhecimento ativo e para proteção integral da selenidade (BRASIL, 2004).

Deste feito, em 30 de março de 2006 foi implementada a PNSPI, com definição de ações no setor da saúde, descrevendo as responsabilidades institucionais para promover ações de proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Modelo este de atenção capaz de responder as condições crônicas, agudas do idoso, buscando promoção de vigilância à saúde, efetivando a APS como porta de entrada buscando ser mais resolutiva em relação à assistência ao indivíduo idoso, sendo possível promover um envelhecimento ativo (BRASIL, 2012).

A PNPSI busca priorizar a preservação, melhoria e reabilitação da capacidade funcional do idoso, com a finalidade de assegurar-lhe permanência na sociedade e desempenho de suas atividades de maneira independente. Ainda procura promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações que se articulam entre as competências das várias áreas e seus respectivos órgãos (RODRIGUES et al., 2007).

As políticas públicas de saúde tiveram no século XX, significativos avanços com a discussão de que a promoção à saúde do indivíduo idoso vai além dos cuidados com a saúde. A importância do estilo de vida como foco principal, paralelo aos fatores biológicos, econômicos, sociais e ambientais são as principais causas de agravos à saúde como a morbimortalidade (SOUZA, 2016).

2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS)

Em 1920 o relatório de Dawson inicia na Inglaterra o movimento de integração, regionalização dos serviços de saúde, com ações curativas e preventivas, individuais e coletivas. Em 1940 a APS surgiu em áreas rurais da África do Sul sobre o pressuposto de identificação e controle de doenças prevalentes e endêmicas, imunização, promoção da saúde (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Em 1978 a Conferência de Alma Ata na antiga União Soviética, discute sobre a estratégia para alcançar saúde para todos, com a participação de diversos

países, entre eles o Brasil. Em 1986, no Canadá, realizou a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em que a Carta de Ottawa destacou a influência dos fatores socioeconômicos, políticos e culturais em relação à saúde. A saúde tornou-se prioridade na agenda dos políticos e dirigentes de Estado, considerando as ações de prevenção e promoção de forma interdisciplinar (SCLIAR, 2007).

Com enfoque nessa discussão os aspectos econômicos, políticos e culturais, efetivaram o território com o espaço geográfico, centrado e emanado na territorialidade cotidiana dos indivíduos. A apropriação e a produção territorial são processos econômicos, políticos e culturais. Estes estão diretamente ligados à produção do território da saúde discutido no contexto histórico das conferências de saúde (SAQUET, 2009).

No Brasil a preocupação com a atenção primária vem desde 1920, quando o modelo de saúde era voltado para a prática de prevenção de doenças, através de orientações sanitárias, com um caráter curativo. Consolidada pela Constituição Federal de 1988, a saúde aparece como direito de todos e dever do Estado, sendo garantida por políticas sociais e econômicas que visam à universalidade do serviço com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo (BRASIL, 1988).

Em 1990 a Criação do SUS se deu através da Lei 8080, de 19 de setembro, com atribuições para cada nível de governo, focando o princípio da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde como um direito de todos e dever do estado. O Sistema que foi reorganizado em 1994 com o Programa Saúde da Família (PSF) com enfoque nas ações de promoção da saúde, prevenção de enfermidades em âmbito individual e coletivo. Foi uma estratégia de implantação de equipes da APS, orientando práticas centradas na família (BRASIL, 2003).

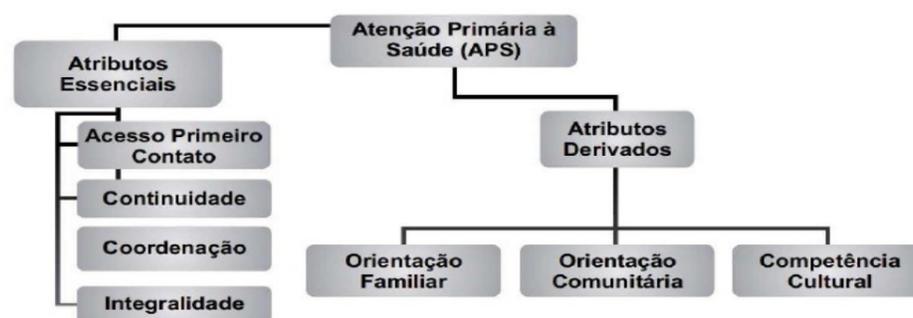
A APS busca solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, com foco nas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial, quanto do processo saúde-doença. Desenvolve ações de promoção e prevenção, mesmo que algumas ações não possam ser

oferecidas dentro das unidades de APS. Nestes casos elas terão o fluxo de referência para tratamento com outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Entende-se, na perspectiva de atuação da APS, que abordar o território apenas como espaço físico não é suficiente para compreender a dinâmica do serviço de saúde. Assim tem-se como suporte de estudo a perspectiva segundo a qual o espaço geográfico não é apenas um espaço geométrico, objetivo, mas um local onde se pode fazer uma avaliação simbólica. A partir desse momento, a atenção primária é vista como um território, propondo uma racionalidade técnica para a organização de sistemas nacionais de saúde, em que o nível primário teria função central de prestação de serviços sanitários, desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção e promoção, além de atendimento para as patologias mais comuns e de menor complexidade (MACHADO et al., 2007).

Nos últimos anos, principalmente no Brasil, a definição operacional da APS sistematizada por Starfield (2001) vem sendo muito utilizada, inclusive pelo MS. A partir desta definição, foram conceituados os quatro atributos essenciais e os três atributos derivados dos serviços de APS, o que pode ser visto na figura 1 (STARFIELD, 2001).

Figura 1 – Atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde, segundo Starfield, 2001.



Fonte: Starfield (2001).

Atributos essenciais da atenção primária

Acesso de Primeiro Contato: Acessibilidade e utilização do serviço de saúde pelo usuário a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (STARFIELD, 2001).

Longitudinalidade/Continuidade: A existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e o serviço de saúde deve refletir uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2001).

Coordenação: O serviço de saúde deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe através da coordenação entre os serviços, implicando alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado na atenção global do paciente (STARFIELD, 2001).

Starfield (2002) defende que o desafio para a qualificação da coordenação da atenção depende do conhecimento a respeito do processo de encaminhamento, da transferência de informações envolvidas com os encaminhamentos e do quanto os médicos de atenção primária reconhecem essas informações.

Para Starfield (2002) a coordenação é um estado de harmonia fruto de um esforço em comum. Para tanto, tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento desses para o atendimento e necessidades atuais. Sem a coordenação, a longitudinalidade diminuiria seu potencial, a integralidade seria comprometida e a função de primeiro contato teria conotação essencialmente administrativa (BRASIL, 2010).

A coordenação do serviço refere-se ao esforço conjunto de uma ação comum, visando à continuidade da atenção. Pressupõe o reconhecimento, por parte do serviço que está atendendo o usuário, das informações oriundas do serviço que o encaminhou, relacionadas ao atendimento presente (STARFIELD, 2004).

Observa-se que a coordenação é essencial para o sucesso dos demais atributos. Um conceito amplo de saúde permite que as necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades sejam identificadas, uma vez que uma equipe

multidisciplinar entre em ação para responder a essas necessidades dos usuários da ESF. A essência da coordenação é a informação e a integração do cuidado: a disponibilidade de informação (sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas, os recursos disponíveis, propiciada pelos sistemas de informação, mecanismos de transmissão da informação e comunicação). Assim seria possível a melhor identificação dos problemas de saúde, melhor adesão a tratamentos, execução de exames e consultas de encaminhamento (BRASIL, 2006).

Leão, Caldeira e Oliveira (2011) ressaltam que a coordenação é de grande relevância para os demais atributos, e se esta for aplicada em sua totalidade tem função de coordenar os usuários de saúde para os demais níveis de atendimento. Dessa forma objetiva a atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis e com responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população.

A atenção coordenada é justificada e necessária, porque é cada vez maior o número de pessoas que são portadoras de alguma comorbidade e necessitam de cuidados de saúde dos profissionais de diferentes especialidades. Necessidades de saúde são bastante complexas e em geral caracterizadas pela especialização e orientação profissional multiprofissional. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Para Souza et al. (2015) a coordenação deve ter foco no indivíduo e pode ocorrer em diversos atendimentos e até mesmo, por vários profissionais em diversos níveis de atenção. Para uma melhor coordenação, é necessário que o sistema de saúde conheça o papel e a importância da APS em cada nível de atenção, tornando as redes organizadas para atender às necessidades dos seus usuários.

Integralidade: As ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção,

cura e reabilitação adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS (STARFIELD, 2001).

Atributos derivados da atenção primária

Orientação Familiar: Na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (STARFIELD, 2001).

Orientação Comunitária: Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2001).

Comunicação Cultural: Adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (STARFIELD, 2001).

Percebe-se nesses atributos o transcender do território a superfície-solo e as características físicas, incluindo aspectos demográficos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos, políticos, sociais e culturais. Sendo entendido como um espaço em permanente construção do conhecimento dos problemas e necessidades de saúde, a partir do processo da territorialização que permeia a questão operacional para o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população que mais tarde é fortalecido pela ESF (MENDES, 2012).

2.5.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A implantação do SUS no Brasil representou uma concretização da organização dos serviços de saúde no país. Fundamentado em três princípios básicos: universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições, e responsabilidades dos governos; e participação popular na definição das políticas de saúde. A política de saúde

voltada para atenção primária, como o Programa de Saúde da Família (PSF) se tornou um marco na incorporação da estratégia de atenção primária brasileira (ESCOREL et al., 2007).

O PSF foi criado em 1994 sendo uma inovação para os serviços de saúde, com o foco na prevenção e posteriormente teve seu conceito ampliado e passou a ser denominado como ESF, tendo a família como centro de atenção. As transformações propuseram mudanças do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário/família, deixando de ser um modelo biomédico curativo (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, ESF surge com a finalidade de melhorar o acesso à APS e à qualidade desta em todo o país. Favorece a aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade, quebrando o paradigma do indivíduo, passando a uma compreensão integral e coletiva, tornando viável a avaliação do processo saúde-doença dos indivíduos de forma mais ampla. Nasce o novo modelo de promover saúde, os profissionais vão ao encontro da população, eliminando os fatores de risco para o adoecimento, evitando instalação da doença, e agindo preventivamente a partir de um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A ESF busca melhorar o acesso à APS e à qualidade desta em todo o país. Seu estilo estruturante tem o intuito de reordenar o modelo de atenção à saúde no SUS, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. Assim concebida, avança na sua forma de produzir saúde, fundamentando-se em uma equipe composta por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS) como integrantes da equipe básica, oferecendo assistência a uma população máxima de quatro mil pessoas (BRASIL, 2010).

Segundo a OMS, a ESF é uma das medidas de intervenção, caracterizadas pela acessibilidade, almejando atingir o maior campo socioeconômico da população brasileira. Ao passo que no âmbito da APS, a ESF é a principal precursora para a promoção de saúde, favorecendo a reorientação de processos de trabalho e aprofundando suas ações nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção à saúde. Na perspectiva de atingir estes pressupostos o governo federal

identifica que a estratégia se torna uma opção palpável de promover a renovação da assistência à atenção primária à saúde voltada para a clientela do SUS (MOTTA e BATISTA, 2015).

Nota-se que a ESF é permeada pelo território presente na adstrição de clientela determinando a população, mapeando as áreas de risco e ainda compreendendo toda dinâmica da população desse espaço. Dessa forma a estratégia pode ser entendida como múltiplos territórios em uma mesma área, se relacionando entre si. Assim os profissionais devem atuar de acordo com as características de sua microárea e também se articularem em redes com outras equipes facilitando o processo de comunicação e interação entre estes territórios (HAESBAERT, 2004).

2.5.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Para a OMS (1989, p. 24) a avaliação pode ser descrita como "um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura".

No contexto dos serviços de saúde a avaliação do usuário costuma ser o aspecto determinante para medir a qualidade da atenção, principalmente por meio de estudos que envolvem a satisfação dos usuários. Assim, torna-se essencial observar como esses principais atores avaliam a qualidade da atenção nos serviços de saúde, visando identificar e analisar as diferentes perspectivas. A partir disso é possível intervir no serviço, de modo a satisfazer as necessidades de todos e promover a melhoria contínua. (STARFIELD, 2001).

A APS vem sendo avaliada de forma diferente em alguns países. Uma comparação, entre 12 países desenvolvidos indicou que aqueles com uma orientação mais segura para a APS possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e menos gastos no setor saúde (STARFIELD, 2001).

A avaliação da APS é uma ação necessária para a organização do serviço, sendo o ponto de partida para uma análise concreta do processo de trabalho, utilizando ferramentas diferentes (STARFIELD, 2009 e BRASIL, 2010).

Starfield (2001) fundamentada nos estudos de Donabedian (1997) propôs um modelo para avaliar os serviços de APS, por meio de duas vertentes: (1) perspectiva clínica, onde a preocupação está centrada no impacto dos profissionais individuais sobre a saúde dos pacientes; (2) a preocupação está centrada no impacto dos programas e sistemas de saúde na população e a redução das disparidades na saúde entre os subgrupos populacionais.

Assim, a APS pode ser avaliada integralmente, pela existência dos atributos essenciais e derivados. Desse modo, avaliar os serviços de saúde compreende a produção de conhecimento e/ou instrumentos visando à melhoria da assistência prestada por meio das técnicas e tecnologias desenvolvidas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

A melhoria dos atributos da APS está relacionada, entre outros fatores, com a melhor formação e qualificação de seus profissionais. A efetividade da atenção primária e sua relevância são estabelecidas por constituir um paralelo entre os serviços prestados e disponíveis de modo a proporcionar a integralidade dos cuidados de saúde aos idosos (CHOMATAS, 2013).

Ainda na perspectiva da avaliação dos serviços de saúde, ressalta-se que o fenômeno ocorre em todos os âmbitos da atenção, ao passo que constitui uma ferramenta para subsidiar o processo de decisão. Deste modo os processos de avaliação podem contribuir para a construção de alternativas conjuntas entre serviços de saúde e usuários, para intervenções mais adequadas e assim solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

O interesse em avaliar os serviços de saúde torna-se imprescindível para o bom funcionamento da APS. Avaliação é uma importante ferramenta de gestão contribuindo para o planejamento dos serviços de saúde. Em meados da década de noventa, inicia-se o desenvolvimento de instrumentos para a avaliação da APS,

the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, The Components of Primary Care Instrument, The Medical Home Family Survey, The Medical Home Index Adult Version 1.1, The Medical Home IQ, The Parents perception of Primary Care, The Physicians Practice Connections- Patient-Centered Medical Home, The Primary Care Assessment Survey, The Appropriateness of Primary Care Services Scales e The Primary Care Assessment Tools (MALOUIN; STARFIELD e SEPULVEDA, 2009).

O Primary Care Assessment Tool (PCATool) é um instrumento criado por Starfield et al. (2001) nos Estados Unidos. Embasado no marco teórico da APS, mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três derivados da atenção primária. Criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, realiza a mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, apresentando confiabilidade para avaliar aspectos da APS (Starfield, 2004).

Este instrumento vem ao encontro da proposta do MS, que reitera o compromisso de buscar cumprir os princípios das ações e serviços de saúde destinados aos indivíduos, às famílias e à comunidade, assim avaliando e monitorando a APS e seus serviços, como a ESF, e os diversos níveis de gestão da APS no Brasil (BRASIL, 2010).

O PCATool apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde (STARFIELD et al., 2002).

2.5.3 Instrumento de Avaliação da atenção primária à saúde – PCATool-Brasil – Versão Adulto

O Instrumento PCATool-Brasil versão Adulto é indicada para usuários adultos maiores de 18 anos (BRASIL, 2010; HARZHEIM, 2013; PAULA et al., 2015 e OLIVA et al. 2015).

No Brasil há poucos estudos utilizando o instrumento PCATool (LANDSBERG, NETO e SOUZA, 2010). O primeiro estudo foi em Porto

Alegre/RS, realizado por Harzheim et al. (2006) para avaliar serviços de saúde em crianças e demonstrando que o instrumento possui adequada validade e confiabilidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da APS e ser aplicável a outros contextos populacionais.

A importância deste instrumento reside na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem verificar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade (MARINHO et al., 2015).

Destaca-se que no Brasil foram realizadas duas adaptações distintas do PCATool na versão usuários adultos, bem como processos diferentes de avaliação da validade e fidedignidade. Uma adaptação realizada por Harzheim et al. (2013) que manteve o formato original do instrumento, e outra adaptação realizada por Almeida e Macinko (2006). A versão proposta por Harzheim (2013) apresentou validade e fidedignidade adequadas e é a proposta pelo MS (BRASIL, 2010; FRACOLLI et al., 2014).

Assim, uma vez validado o PCATool - Brasil, versão Adulto, autores como Oliveira et al. (2013); Araújo et al. (2014) e Dotto et al. (2016) utilizaram este instrumento para avaliar a APS na perspectiva do idoso.

A versão validada do PCATool- Brasil versão Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos quatro atributos essenciais e três derivados da APS, sendo que para cada atributo essencial, existem duas dimensões, uma ligada ao processo, outra à estrutura do serviço de saúde. Para avaliação do atributo *Coordenação do serviço* (Anexo C), objeto deste estudo, tem-se as seguintes dimensões: (1) *Coordenação – Integração de Cuidados* (E) que avalia o processo, constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9), sendo o E1¹ um item descritivo; (2) *Coordenação - Sistema de Informações* (F) que avalia a estrutura, constituído por 3 itens (F1, F2, F3). As respostas aos itens são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro, variando de '1 = com certeza

¹ O item E1 corresponde a pergunta "Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no *serviço de saúde*?" Se a resposta for "não" ou "não sei/não lembro" a entrevista nesta dimensão é interrompida e segue-se para a outra dimensão *Coordenação- Sistema de Informações*.

não' a '4 = com certeza sim', com o acréscimo da opção '9=não sei/não lembro'(BRASIL, 2010; HARZEIM et al. 2013).

2.6 TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ideia de territorialização traz consigo noção de multiplicidade do espaço, a ESF é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família, da sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais. É de grande importância a territorialização em uma área para saber quais são as reais necessidades de uma comunidade (FONSECA, 2007).

O setor saúde é um importante ator social de territorialização e possui poder para materializar suas intencionalidades e desejos. Os princípios do SUS de regionalização, municipalização dos serviços e saúde contêm um forte caráter espacial, representando uma tentativa de organização dos serviços diante das necessidades de saúde da população, uma aproximação do território vivido. Envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais (FIGUEIREDO, 2009).

Na ESF, o processo de territorialização é entendido como o propósito fundamental na identificação de prioridades em termos de problemas nos grupos sociais, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, com maior impacto sobre os níveis de saúde e condições de vida da população alvo (GONDIM et al., 2008)

Dentro deste contexto observam-se diferentes culturas, hábitos e costumes específicos a cada microárea, com variadas lideranças em saúde envolvidas. Disponibilizar serviços de saúde no município de acordo com a sua cultura é estabelecer interação na busca de qualidade de vida e humanização do atendimento ao usuário, coibindo toda e qualquer forma de discriminação (BRASIL, 2011).

A implantação do ESF em entre seus pilares a territorialização, com a adscrição da clientela e utilização de princípios geográficos em sua moderna

concepção, para definição dos territórios a serem atendidos pelas equipes de saúde. Assim, a territorialização representa um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde sejam implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN, 2003).

O reconhecimento do território por diferentes áreas é uma estratégia fundamental que possibilita a caracterização da população, das condições de vida, das necessidades e dos problemas de saúde, bem como para avaliação da efetividade dos serviços e seu impacto sobre os níveis de atenção. Dessa forma, a avaliação na atenção primária, se articula ao cuidado integral. Por fim, ratifica-se a importância da avaliação na atenção primária como dispositivo capaz de oferecer opções tecnológicas não só para a organização dos serviços e das práticas de saúde, como também para possibilitar o fortalecimento do controle social no SUS (LIMA et al., 2016).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a *coordenação do serviço* de saúde da atenção primária na perspectiva dos idosos assistidos na da Família (ESF) na zona urbana do município de Governador Valadares/MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a população estudada quanto ao aspecto socioeconômico, demográfico e de saúde;
- Identificar o escore das dimensões da coordenação do serviço: *Integração de Cuidados* (E) e *Sistema de Informações* (F);
- Verificar se há correlação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, indicadores de saúde e as dimensões *Integração de Cuidados* (E) e *Sistema de Informações* (F);
- Conhecer as percepções de saúde e as práticas utilizadas pelos idosos pesquisados.

4 METODOLOGIA

Este projeto de Dissertação **Territorialização da atenção primária à saúde: avaliação da coordenação do serviço na perspectiva dos idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família** constitui-se em um recorte do projeto de pesquisa: **Avaliação da Atenção Primária à Saúde da pessoa idosa usuária da Estratégia Saúde da Família no município de Governador Valadares**, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALE, sob o parecer CEP/UNIVALE 532.075 – 17/02/2014 (ANEXO A).

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Nesse estudo foram consideradas as normas éticas preconizadas pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo ao entrevistado o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa.

4.2 TIPOS DO ESTUDO E ABORDAGEM

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição (SAMPIERI, COLLADO e LUCIO, 2006).

Foi adotada nesta investigação uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. A pesquisa quantitativa busca a magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

A abordagem qualitativa valoriza os sentimentos e significados que as pessoas possuem em relação a eventos e objetos (LÜDKE e ANDRÉ, 1986). A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada. São procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis. A

combinação das duas abordagens pode produzir resultados de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do objeto de estudo (SERAPIONI, 2000).

4.3 UNIVERSO DO ESTUDO

O município onde a pesquisa foi realizada possui 261.261 habitantes, sendo 21.428 idosos, representando 8,3% da população (IBGE, 2013). Neste município há 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 35 possuem equipe de ESF, somando, assim, 51,8% de cobertura. Conforme figura 2, o município é dividido em 19 regiões, abrangendo toda a zona urbana e em três regiões não há UBS. Os indivíduos residentes nesses locais são encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima. O número total de idosos cadastrados nas ESF é de 13.659 idosos (SIAB, 2013).

FIGURA 2 – Limite de zonas das regiões de atendimento das Unidades Básicas de Saúde.



FONTE: Prefeitura Municipal de Governador Valadares, 2006.

Região 01: Centro – Esplanada – São Tarcísio

Região 02: São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácaras Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita

Região 03: Santa Helena – Santa Efigênia

Região 04: Maria Eugênia – Esperança – M. do Vale – Grã-Duquesa

Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças

Região 06: Centro – Vila Mariana

Região 07: Ilha dos Araújo

Região 08: Lourdes – Santa Terezinha

Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Sto. Antonio – Vista Alegre

Região 11: Jardim do Trevo – Santa Paula

Região 12: Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

Região 13: São Paulo – Santa Terezinha

Região 14: Loudes – Vila Bretãs

Região 15: Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

Região 16: JK – Santa Rita

Região 17: Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial – Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras -Planalto – São José - Tumulina – Vila Ozanan

Região 18: Vila dos Montes – Vila do Sol

Região 19: Elvamar – Shangrilá – Village da Serra

4.4 AMOSTRA

A amostra foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários da ESF da zona urbana do município de Governador Valadares. Para definição do tamanho da amostra foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção (LEVY; LEMESHOW, 1991). O nível de confiança considerado foi de 95%, erro de 5% e o padrão p considerado foi de 50%. O resultado do cálculo, após a correção para N final, feita com base no total de idosos cadastrados no ESF local, apontou uma amostra de 163 idosos, incluído o percentual de 10% referentes às possíveis perdas.

A tabela 1 demonstra o total de idosos cadastrados em cada ESF, e obteve-se a proporcionalidade da amostra, por região. Este procedimento foi feito considerando-se que cada ESF representa uma região geográfica do município. Desse modo, a chance de participação dos idosos, de todas as localidades, ficou garantida.

Tabela 1- Distribuição da proporcionalidade de idosos segundo a região geográfica de moradia, no município estudado.

Região	%	n final	Região	%	n final
1	2,5 %	04	11	4,3%	07
2	9,2 %	15	12	4,3%	07
3	4,9%	08	13	4,3%	07
4	3,1%	05	14	3,1%	05
5	11,0%	18	15	6,7%	11
8	2,5%	04	16	6,1%	10
9	3,1%	05	17	20,2%	33
10	1,4%	17	18	4,3%	07

Fonte: SIAB, 2013

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na amostra indivíduos com 60 anos ou mais, cadastrados na ESF da zona urbana do município de Governador Valadares, fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder ao Inventário Sociodemográfico e ao questionário PCATool- Brasil versão Adulto, utilizados na pesquisa. Essas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados nas ESF e com o auxílio dos profissionais de saúde que atuavam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde). A presença de doenças crônicas não foi

considerada, uma vez que idosos podem se adaptar às mesmas e apresentarem uma vida autônoma e independente.

4.6 ESTUDO PILOTO

Visando verificar o modo de abordagem das questões e o tempo gasto com as perguntas do PCATool- Brasil versão Adulto, foi realizado um estudo piloto com 10 indivíduos idosos em tratamento na Clínica Odontogeriátrica do curso de Odontologia de uma universidade do leste de Minas, observando os critérios de inclusão e exclusão. A escolha do local se deu pelo fato de que esta clínica atende a uma livre demanda regional e os idosos apresentam condições socioeconômicas semelhantes aos cadastrados na ESF. Os dados obtidos nesta etapa não foram incluídos no estudo principal.

Marconi e Lakatos (2010) atribuem a importância na realização do estudo piloto à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

4.7 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi realizada inicialmente uma reunião com o Gestor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal de Saúde da Família, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo; tendo como objetivo obter a autorização para a realização da pesquisa.

Após autorização para a coleta dos dados em todas as ESF, o pesquisador inicialmente reuniu-se com o responsável da Unidade de Saúde, detalhando os objetivos e a metodologia do estudo, destacando a importância desta pesquisa para buscar o aprimoramento das Políticas Públicas voltadas à população idosa. Em seguida, foi agendado o dia e horário adequados para o levantamento dos indivíduos idosos a serem entrevistados, de modo que esta atividade não interferisse no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e junho de 2014 e março a julho de 2015. A ESF forneceu aos pesquisadores o endereço dos idosos cadastrados em suas unidades. Sendo assim, o trabalho foi feito individualmente,

na residência do participante, em ambiente reservado, que apresentou boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade do entrevistado. Em todas as entrevistas, manteve-se uma atitude informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas opiniões.

O pesquisador explicou todos os procedimentos de coleta de dados ao idoso, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Reforçou-se que a pesquisa possui caráter voluntário e que todos os participantes deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foi ressaltado ainda sobre o direito de não aceitar participar da pesquisa, sem prejuízo para seu atendimento na ESF. O Inventário Sociodemográfico e PCATool- Brasil versão Adulto foram aplicados na forma de entrevista direta, considerando-se características comuns aos idosos: dificuldade de leitura (acuidade visual e alfabetização), ou mesmo de assinalar as respostas. Esta entrevista foi realizada pela equipe de pesquisadores de campo previamente submetidos a treinamento sobre os conteúdos relacionados à pesquisa propriamente dita e à técnica de abordagem das entrevistas.

4. 7.1 Instrumentos para Coleta de Dados

4. 7.1.1 Inventário Sociodemográfico

Para caracterização da amostra, foi utilizado um Inventário Sociodemográfico (ANEXO B), baseado no estudo de Fleck (2008), que permitiu identificar os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas foram: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda mensal individual e familiar, vivência familiar, número de consultas médicas realizadas na ESF (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses) e número de doenças diagnosticadas pelo SUS (nos últimos 6 meses).

4. 7.1.2 O Primary Care Assessment Tool (PCATool) – Brasil – versão Adulto

O PCATool- Brasil Versão Adulto é um instrumento que mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária, apresentando confiabilidade para avaliar aspectos da APS (Starfield, 2004). Este instrumento permite por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010).

4. 7.1.3 Entrevista Semiestruturada

Após a aplicação do Inventário Sociodemográfico e do PCATool- Brasil versão Adulto optou-se ainda pelo emprego de uma entrevista semiestruturada. Segundo Triviños (1987) a entrevista semiestruturada fundamenta-se em teorias e hipóteses, que se relacionam à pesquisa, e à medida que ocorrem as respostas do entrevistado surgem novas hipóteses. Ressalta-se que as perguntas que constituem a entrevista semiestruturada, são resultado da teoria que alimenta o processo de investigação e de toda a informação que já se obteve sobre o fenômeno pesquisado.

A técnica da entrevista atende principalmente às finalidades exploratórias, e auxilia no detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos. As questões abordadas devem ser respondidas dentro de uma conversação informal (BARDIN, 2011).

A entrevista foi realizada com 10 idosos sorteados aleatoriamente, tendo como roteiro as questões: O que é saúde para você? Quais as práticas de saúde que você conhece? Você considera que tem saúde? O número estabelecido de entrevistados foi considerado adequado, pois de acordo com SANTOS (1999), o tamanho da amostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas.

Durante a entrevista, o pesquisador fazia a pergunta prevista e assumia uma postura de instigador, explorando ao máximo a fala do entrevistado, buscando verificar o entendimento das questões. Cada entrevista teve em média a duração de 30 minutos.

Para registro das respostas dos participantes, utilizou-se como recurso um gravador digital. A entrevista foi gravada de acordo com o consentimento do participante visando ter o registro de todo o processo, apresentando uma fidelidade quanto à fala e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário para as análises posteriores. Nas entrevistas manteve-se um caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas impressões quanto aos questionamentos. Essas entrevistas foram transcritas posteriormente, e os textos não sofreram correção linguística, preservando o caráter espontâneo das falas. Para preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas por F (feminino) ou M (masculino) e o número correspondente da entrevista.

4. 7.2 Análises dos dados

4.7.2.1 Análise dos dados quantitativos

Para a análise quantitativa, inicialmente os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Office Excel 97-2003 e agrupados, levando-se em consideração as variáveis incluídas no Inventário Sócio demográfico e PCATool. Estes dados foram processados no software R, versão 3.2.2, livremente disponível em <https://www.r-project.org>. Este software é do estilo livre, bastante utilizado em diferentes campos do saber por oferecer uma gama de pacotes estatísticos diferenciados que possibilitam alcançar os mais diversos objetivos em pesquisa, contando ainda com uma comunidade enorme de usuários que colaboram entre si para o crescimento e aperfeiçoamento do software e da ciência.

Em relação ao PCATool – Brasil versão adulto, destaca-se que a análise dos dados das dimensões Coordenação – Integração de cuidados (E) e Coordenação – Sistema de informações (F) foi realizada a partir do cálculo de escores, seguindo a orientação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Os escores das dimensões E e F foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que as compõem.

Como indicado no referido manual, os escores foram transformados em escalas de 0 a 10, utilizando a fórmula: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$, ou seja, $(\text{escore obtido} - 1) \times 10 / 3$. Para o cálculo do escore do atributo *Coordenação do serviço* foi realizada a média dos escores obtidos nas dimensões E e F. São considerados serviços de saúde com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6 (BRASIL, 2010; HARZEIM et al. 2013).

4.7.2.2 Análise dos dados qualitativos

Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). A análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que objetiva obter, por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

Esta análise qualitativa foi realizada num primeiro momento, de forma independente, pela equipe de pesquisadores do projeto. Realizou-se uma leitura flutuante das informações que foram transcritas na entrevista. Em seguida, os pesquisadores se encontraram com a finalidade de discutir os pontos de concordância e divergência em suas observações. Este procedimento teve como finalidade reduzir a possibilidade de vieses provocados pela subjetividade e pela percepção seletiva, que poderiam ocorrer se um único indivíduo fosse responsável por todo o processo de análise. As informações presentes nas entrevistas foram agrupadas em categorias temáticas de acordo com os dados obtidos. Este é um processo que consiste em apresentar uma representação simplificada dos dados brutos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e a discussão das análises obtidas a partir da coleta de dados quantitativos (caracterização socioeconômica e demográfica; indicadores de saúde; escores relativos à dimensão *coordenação do serviço* e as dimensões: Coordenação - Integração de cuidados e Coordenação - Sistema de informações) e os dados qualitativos (percepção de saúde e suas práticas) na perspectiva dos idosos usuários do território da ESF na zona urbana do município de Governador Valadares/MG.

5.1 DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos pesquisados

Participaram da pesquisa 163 idosos usuários da ESF) da zona urbana do município de Governador Valadares/MG. Constatou-se que a proporção de idosos abordada neste estudo foi a um nível de 99% de confiança, estatisticamente igual à proporção apontada pelo IBGE (2010), para a subpopulação de indivíduos acima de 60 anos de idade. Pode-se dizer que a proporção de indivíduos idosos estudados na presente pesquisa não é diferente da proporção populacional a um nível de 99% de confiança (TABELA 2).

Tabela 2 - Distribuição da faixa etária dos idosos da amostra em relação à proporção apresentada pelo IBGE em 2010 para a população de Governador Valadares.

Faixa Etária*	Frequência (pesquisa)		Observada	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
De 60 a 64 anos	26	10	35	14
De 65 a 69 anos	32	13	28	11
De 70 a 74 anos	19	9	22	9
De 75 a 79 anos	21	5	16	6
De 80 a 84 anos	16	5	10	3
De 85 a 89 anos	2	2	5	2
Mais de 90 anos	2	1	2	1
Total Geral	118	45	118	45

*p = 0,03903

Pesquisas de base populacional apontam que 55,1% da população idosa brasileira pertencem à faixa etária de 60 a 69 anos, e estima-se que aconteça o desenvolvimento mais acelerado entre os indivíduos com idade de 80 anos ou

mais, assemelhando-se às tendências observadas em países desenvolvidos (SILVA et al., 2010, IBGE, 2011 e BARBOSA et al., 2015).

Em consonância com estes dados, no presente estudo verificou-se que a média de idade dos idosos pesquisados foi de 71 anos (DP=8,1), variando de 60 a 102 anos, sendo que 50,3% apresentavam menos de 70 anos, seguidos de 31,9% com 70 a 80 anos, o que pode ser visto na Tabela 3, que apresenta os aspectos socioeconômicos e demográficos dos idosos pesquisados. Resultados semelhantes foram reportados por Silva et al. (2010); Araújo et al. (2014) e Barbosa, Oliveira e Fernandes (2015) em estudos com idosos inseridos nos serviços de saúde pública.

Tabela 3- Características socioeconômicas e demográficas dos idosos pesquisados.

Variáveis	Freq.	%
Idade		
Menos de 70	82	50,3
De 70 a 80	52	31,9
De 80 a 90	26	16,0
90 e mais	03	1,8
Sexo		
Masculino	47	28,8
Feminino	116	71,2
Estado civil		
Casado (a)	68	41,7
Solteiro (a)	18	11,0
Viúvo (a)	59	36,2
Em união consensual	04	2,5
Separado (a)	14	8,6
Escolaridade (anos)		
0	53	32,5
De 1 a 4	82	50,3
De 5 a 8	13	8,0
De 9 a 13	15	9,2
Situação de Trabalho		
Empregado	9	5,5
Desempregado	6	3,7
Auxílio-doença	1	0,6
Aposentado	88	54,0
Aposentado e trabalha	9	5,5
Do lar	16	9,8
Pensionista	33	20,2
Outro Auxílio	1	0,6
Com quem mora		
Esposo (a)	52	31,9
Filhos	50	30,7
Netos	5	3,1
Bisnetos	3	1,8
Irmão	9	5,5
Amigos	0	0,0
Sozinho	28	17,2
Esposa + filhos	16	9,8
Renda familiar		
Menos de 1	14	8,6
De 1 a 2	99	60,7
De 2 a 3	40	24,5
De 3 a 4	7	4,3
De 4 a 5	2	1,2
De 5 a 6	0	0,0
6 e mais	1	0,6
Total	193	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Nessa pesquisa, assim como observado por outros autores: Silva et al., (2009), Silva et al.,(2010), Pilger, Menon e Mathias (2011), e Araújo et al. (2014) identificou-se um maior número de mulheres (71,2%) entre os idosos

entrevistados. Essa predominância feminina possivelmente pode estar relacionada a uma maior preocupação da mulher com sua saúde, apresentando uma postura mais receptiva a tratamentos de saúde, bem como adesão a tratamentos medicamentosos regulares e exames preventivos.

A predominância feminina corrobora com dados do IBGE (2013) o qual indica que a população idosa brasileira se constitui predominantemente por mulheres. Destaca-se que o comportamento feminino é diferente em relação à saúde, as mulheres cuidam mais da saúde do que os homens, e estes estão mais expostos a acidentes, devido ao uso de álcool e drogas, que também envolvem as mulheres, porém em menor proporção. Esse maior número de mulheres neste estudo também pode ser justificado pela tendência de “feminização” da população idosa, ou seja, pode estar relacionada com o diferencial da mortalidade por sexo, resultando em maior sobrevivência das mulheres. Justificando a diferença nos ritmos de crescimento das populações idosas cabendo a estas, desde o século XX, uma maior expectativa de vida (NICODEMO e GODOI, 2010).

Quanto ao estado civil, 41,7% dos pesquisados declararam ser casados e 36,2%, viúvos. Estes dados corroboram com os resultados de Silva et al. (2010), Areosa e Virginia (2012), Barbosa, Oliveira e Fernandes (2015), estudando idosos assistidos nos serviços de saúde pública. Presume-se que a prevalência de idosos com o companheiro pode diminuir a exposição a riscos e descuidos com a saúde, contribuindo para uma melhor condição de vida, sempre que precisar o idoso terá alguém próximo para lhe auxiliar nas suas atividades do dia a dia. Para Rocha et al. (2011) o fato de viver sozinho na velhice pode comprometer a qualidade de vida, uma vez que, com a perda da capacidade funcional, a necessidade de um companheiro é mais sentida.

Outra variável significativa identificada entre os idosos cadastrados na ESF foi à baixa escolaridade, nota-se que em média os idosos apresentavam 2,9 anos (DP=3,2) de estudo, sendo que 82,8% declararam ter de 0 a 4 anos de estudo, e destes 32,5% informaram ser analfabetos. Dados semelhantes foram identificados por Rocha et al. (2011), Barbosa, Oliveira e Fernandes (2015). Este panorama justifica as ações governamentais direcionadas à educação, uma vez que promoção da saúde pode se fazer com educação, o que pode acarretar impacto

na qualidade de vida da população e a resolução de muitos problemas de saúde ao nível da atenção primária.

Segundo Barbosa, Oliveira e Fernandes (2015) o reduzido nível educacional dos idosos pode comprometer os aspectos socioeconômicos, culturais, e de saúde, considerando que, quanto maior a escolaridade, maior será o conhecimento, usufruto de bens e inclusão social deste grupo populacional. Deste feito, considerando que a educação e saúde devem ser articuladas, infere-se que a baixa instrução pode comprometer a qualidade de vida desses idosos pela falta de conhecimento, compreensão e cuidados na promoção de sua saúde. Assim, ressalta-se a necessidade de implementação de políticas de educação para os idosos assistidos nesse território.

Noronha e Andrade (2008) ainda salientam que idosos com baixa escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de hábitos inadequados, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente. Para Hasbaert (2004) a alfabetização de uma pessoa pode promover sua socialização, possibilitando o estabelecimento de trocas simbólicas com outros, o acesso a bens culturais e a facilidades oferecidas pelas instituições sociais.

A baixa escolaridade é um fator relacionado à vulnerabilidade da saúde do idoso, uma vez que pode impedir seu entendimento em relação ao seu estado de doença. Assim é de grande relevância a educação, que o indivíduo possa entender e fazer valer seus direitos, evitando agravos à saúde, principalmente pela presença de doenças crônicas que são inevitáveis com o envelhecimento (COTTA et al., 2009).

Dos idosos pesquisados, 54,0% relataram ser aposentados, e 20,2% declararam-se pensionistas, destaca-se que 31,9% moravam com os cônjuges e 30,7% relataram morar com os filhos. Percebe-se que esta população idosa pesquisada apresenta um baixo poder aquisitivo, pois sua principal fonte de renda provém de aposentadorias e pensões, conseqüentemente em função desta baixa renda e na maioria das vezes a falta de acesso a planos de saúde particulares percebe-se que se o idoso não tiver um fácil acesso aos serviços de saúde pública,

sua qualidade de vida acaba sendo comprometida. Assim a perda da autonomia funcional, a baixa escolaridade, condições precárias de saúde podem favorecer o aparecimento de comorbidades (IBGE, 2013).

Na descrição quanto à formação do arranjo domiciliar, os dados observados na pesquisa vêm ao encontro dos identificados na população brasileira, ou seja, cerca de 1 em cada 4 idosos vive com cônjuges, filhos, parentes ou agregados (IBGE, 2013). Resultados semelhantes foram identificados por Paskulin e Vianna (2007), Pilger, Menon e Mathias (2011), Melo e Morvan (2014), Machado e Vieira (2015), Luchesiet al., (2016) deve-se considerar ainda que nem sempre morar com familiares significa segurança e cuidado adequado, pois com frequência é documentado nos meios de comunicação maus tratos com idosos, e muitas vezes, vindos dos próprios familiares.

Quanto à renda familiar, os entrevistados declararam receber em média 1,3 salários mínimos (DP=0,8), sendo que 60,7% dos idosos ganhavam entre 1 a 2 salários mínimos, e 24,5% entre 2 a 3 salários mínimos. Dados similares foram observados por Araújo et al. (2012) que avaliaram 109 idosos em João Pessoa/PB, constatando-se que 55% dos entrevistados eram aposentados, e tinham uma renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. Este resultado está em consonância com o IBGE (2013) onde nota-se que 66,2% dos idosos são aposentados ou pensionistas, sendo essa a sua única fonte de renda, o que pode contabilizar um salário mínimo.

Nesse sentido, ampliando a discussão de Haesbaert (2004) compreende-se que os aspectos sociodemográficos, envolvem dimensões espaciais, como a escolaridade, renda, vivência, as histórias habituais estabelecidas, o modo de vida, as relações com o meio. Enfim, todas elas estão apoiadas na vida cotidiana, sustentadas pelo território, sendo a construção do lugar remetido à própria identidade.

O levantamento do perfil sociodemográfico, é entendido como processo de territorialização que envolvendo a gestão, possibilita a orientação e as etapas de organização do planejamento e das ações de serviços para cada território. Enfim, a territorialização pode ser considerada a maneira de conhecer a realidade da população, ao passo que se encontra inserido nesse contexto dos determinantes de

saúde: as relações sociais e econômicas, as condições ambientais e trabalho, moradia, relações de poder, espaços políticos e culturais, o mapeamento de fontes e situações de risco e vulnerabilidades, bem como os processos de produção da saúde ou da doença das populações (SANTOS, 1998 e MONKEN, 2007).

O território seria, portanto, a base da análise que possibilita uma visão totalizadora dos determinantes como fatores de risco, agravos e danos à saúde. Vale ressaltar que a atuação em uma base territorial no campo da saúde exige a adaptação de equipes que estejam organicamente vinculadas às comunidades e famílias, com um novo olhar sobre os processos de saúde - doença, pautados no conceito ampliado, como o que é proposto pelo SUS. O diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde de uma população, bem como seus elementos constitutivos da reprodução da vida social, nos diversos espaços são identificados e articulados ao território, para melhor intervenção das ações na prevenção à doença e promoção da saúde (MONKEN, 2008; SILVA e BESSA, 2008 e SANTOS, RIGOTTO, 2010).

Nesse sentido, a dinâmica territorial se revela numa dimensão necessária e organizadora de uma prática epidemiológica consequente, na medida em que os fluxos demográficos, econômicos, de intervenção nas formas de propriedade, interferem decisivamente na realidade epidemiológica, exigindo uma vigilância epidemiológica atuante e sinalizadora para as mudanças. Assim a dinâmica do social em um território é uma análise de múltiplas escalas e de inúmeros processos que se inter-relacionam singularmente (HAESBAERT, 2004).

Essa territorialidade permite aos profissionais o contato direto com a realidade dos usuários, possibilitando que o serviço conheça o modo de vida dessa população, levando em consideração suas potencialidades, dificuldades, necessidades das quais eles vivem naquele território (área adscrita). Na oportunidade ocorre a construção do vínculo entre os usuários e os serviços, de modo a facilitar e potencializar o acesso dos indivíduos ao serviço público com garantia de direitos e a certeza de serem atendidos (HAESBAERT, 2004).

Reconhecer o território e suas características sociais, demográficas é um importante ponto de avaliação do impacto de serviços sobre os níveis de atenção.

Assim o território pode ser entendido como resultado de relações sociais, construção de identidades, espaços de diálogos. Esse território pode representar além de um espaço, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o culmina num território em constante construção (HAESBAERT, 2004).

A explanação destes aspectos sociodemográficos torna possível entender o espaço geográfico como multidimensional construído historicamente por cada espaço. Compreende o espaço e o tempo, na vida social ou cotidiana, com o propósito de identificar alguns vínculos materiais existentes entre processos político-econômicos e culturais para assim, explorar a ligação entre a saúde, o social e o ambiente. Presume-se que o modo de produção vigente em cada sociedade é determinante para a produção do espaço, isto é, cada modo de produção resulta numa nova dimensão espacial, de forma que o espaço é produzido pelo processo de produção e, ao mesmo tempo, oferece suporte ao seu desenvolvimento (SAQUET e SANTOS, 2011).

5.1.2 Indicadores de Saúde

Sabe-se que os indicadores de saúde podem ser uma forma de avaliar o uso dos serviços de saúde pelos usuários assim, estudos sobre a saúde dos idosos tornam-se necessários, devido ao processo de envelhecimento da população brasileira. Destaca-se que no Brasil, os idosos apresentam um elevado número de doenças crônicas, maior utilização dos serviços de saúde e uso de medicamentos contínuos e prolongados, acarretando desta forma a necessidade de orientações adequadas, por meio de consultas médicas (BARBOSA, OLIVEIRA e FERNANDES, 2015).

Observou-se que dos idosos pesquisados, 59,5% realizaram de 1 a 3 consultas nos últimos 06 meses no SUS, e 26,4% realizaram 4 ou mais consultas considerando este mesmo período (TABELA 4). Estes dados foram similares aos reportados por Rodrigues et al. (2008). Destaca-se que os valores encontrados são maiores que o recomendado pelo Ministério da Saúde, onde tem-se a indicação de 1,5 consultas ao ano (BRASIL, 2007).

Tabela 4 - Indicadores de saúde dos idosos pesquisados

Variáveis	Freq.	%
Nº de Consultas Médicas		
Nenhuma	23	14,1%
1 a 3	97	59,5%
4 ou mais	43	26,4%
Nº de Medicamentos		
Nenhum	18	11,0%
1 a 3	74	45,4%
4 ou mais	71	43,6%
Nº de doenças		
Nenhuma	30	18,4%
1	63	38,7%
2	39	23,9%
3	17	10,4%
4 ou mais	14	8,6%
Total	163	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Destro et al. (2014) estudando idosos de Florianópolis/Santa Catarina, observou que 70,4% haviam realizado pelo menos uma consulta médica últimos 3 meses. Enquanto que Gotardelo et al. (2014) avaliando 273 idosos, da ESF de Timóteo/MG encontrou uma frequência de 3 ou mais consultas médicas em 4 meses. Pereira et al. (2010) estudando 211 idosos assistidos na ESF de Teixeira/MG observou que 76,3% dos idosos entrevistados tiveram pelo menos uma consulta médica nos últimos seis meses.

Percebeu-se que uma parcela significativa dos idosos entrevistados está preocupada com sua saúde, mas predomina o paradigma do modelo assistencial biomédico, o que reflete a concepção formada ao longo da história dos sistemas de saúde no Brasil. Esse modelo de assistência privilegiava a medicina curativista, a consulta, tratamento, o que propiciava aos profissionais enfatizar apenas os aspectos biológicos dos indivíduos. Assim, desconsiderando a realidade *in locus* do microterritório, o que poderia ser melhor avaliado por meio da visita domiciliar. Apesar de todo avanço, como a implantação da ESF, como modelo de reorientação da assistência à saúde, essa visão reducionista de atenção ainda prevalece na atualidade (COSTA et al., 2016).

Dos idosos pesquisados, 89,0% informaram terem utilizado algum tipo de medicamento nos últimos 6 meses, (TABELA 4). Resultados similares foram encontrados por Rocha et al. (2011) pesquisando 208 idosos em Teresina, e

Nunes et al. (2010), Duarte et al., (2012). Como a população envelhece, e os idosos possuem mais doenças crônicas, o número de consultas se amplia. Sabe-se que mais consultas podem levar ao maior consumo de medicamentos. No Brasil, a estimativa é de que pelo menos 23% da população utilize 60% da produção nacional de medicamentos, mais frequente na população idosa (FLORES e MENGUE, 2005).

Resultados similares foram verificados por Bezerra et al. (2016) avaliando 134 idosos em Tejuçuoca-Ceará onde 70,8% dos entrevistados, faziam uso de dois a cinco tipos de fármacos. Ribeiro et al. (2016) ressaltou que a maior prevalência de enfermidades crônico degenerativas nos idosos culmina no tratamento medicamentoso. Infere-se então que ocorre uma maior prevalência de doenças na terceira idade, assim como o maior consumo de medicamentos prescritos quando comparados a outros grupos etários.

Quanto ao número de doenças diagnosticadas pelo médico do SUS, verifica-se que de 1 dentre 4 idosos pesquisados informaram ter tido um diagnóstico de pelo menos uma doença (TABELA 4). Este resultado corrobora com estudo de Sousa et al. (2015), realizado com 441 idosos no Pará, onde foi identificada a presença de pelo menos uma doença crônica em 81,86% dos pesquisa dos. Resulta dos semelhantes foram verificados por Nunes et al. (2010) e Sardinha et al. (2010).

Ressalta-se que nos Estados Unidos, quase 85% dos idosos americanos sofrem de pelo menos uma doença crônica e no Canadá essa proporção é de 76% dos idosos (CanadianInstitute for Health Information, 2011).No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se constituem como um problema de saúde de maior magnitude, aproximadamente 85% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica e 10% destes apresentam comorbidades, que são responsáveis por 72% das causas de mortes, e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA et al.,2016).

No tocante a este panorama do envelhecimento a atenção primária deve focar sua ação no cuidado da assistência ao idoso portador de doenças, e atuar na promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde respeitando a independência do idoso, priorizando a participação deste no processo de cuidado.

Como o envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva das respostas adaptativas do corpo do idoso frente ao meio ambiente, é natural que, com o avanço da idade, as doenças crônicas se tornem mais prevalentes na população. Além disso, essas doenças, muitas vezes, exigem tratamentos contínuos e que, geralmente, podem vir acompanhados de disfunções ou algum nível de dependência (NASRI, 2008).

Inferre-se, deste feito, que os idosos pesquisados caracterizam-se como um grupo vulnerável, apresentando em sua maioria pelo menos uma doença crônica, uso de medicamentos e conseqüentemente estes fatores contribuem para um quadro de comprometimento de sua qualidade de vida. Percebe-se a pluripatologias idosas pesquisados, o que gera conseqüentemente consumo de quantidade considerável de medicamentos, e que passa a fazer parte de seu cotidiano. Gerenciar tais situações requer alternativas individualizadas. Assim diante da vulnerabilidade dos pesquisados é importante uma abordagem holística em que se considere a pessoa em sua plenitude, e totalidade, favorecendo o planejamento e gerenciamento dos aspectos econômicos, sociais, culturais a partir de sua territorialidade.

Ao se pensar nessa territorialidade é necessário ver um novo ator social. Mais do que a identidade dos idosos estudados, se destaca também os aspectos da procura pelas práticas de saúde, uso do serviço de saúde, o uso de medicamentos e a frequência de consultas médicas como sendo indicadores relevantes para a qualidade de vida. Dentre outras características, têm como base a cultura e o espaço (território e territorialidade), ou seja, a relação dos idosos com o seu território, a ESF (SACK, 1986).

5.1.3. Atributo Coordenação do Serviço

O atributo *Coordenação do serviço* nesta pesquisa atingiu um escore médio de 6,4 (EP=0,2) podendo ser considerado estatisticamente muito próximo

do valor de referência do Alto escore, uma vez que o I.C. de 95% inclui a referência 6,6 (BRASIL, 2010).

Resultado semelhante foi observado por Araújo et al. (2014) onde os idosos avaliaram de forma satisfatória a *coordenação do serviço*. Para que a coordenação seja efetiva, deve ser discutida de forma interdisciplinar com os atores envolvidos nos serviços de saúde, já que todos devem ter condições necessárias para agirem em prol da qualidade da assistência ao usuário idoso.

Todavia Dotto et al. (2016) pesquisando 402 idosos da ESF de Porto Alegre/RS identificaram um escore de 5,2 (EP=1,9) para a *coordenação do serviço*, ou seja, uma baixa efetividade deste atributo para a APS. Um dos grandes desafios do serviço de saúde é, qualificar a APS para exercer a *coordenação do serviço*, e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, aptos para garantir que a linha de cuidado integral, ou seja uma rede dos serviços de saúde totalmente articulada, para proporcionar aos usuários da ESF resposta adequada as suas necessidades humanas básicas (BRASIL, 2015).

A coordenação está diretamente relacionada às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; a presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; a existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possa interagir. A coordenação da assistência extrapola, portanto, a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, a existência de um corpo técnico devidamente qualificado e a necessidade de o usuário buscar atendimento em serviços de saúde especializados (UNGLERT, 1990; ALMEIDA e LIMA, 2016).

5.1.3.1 Coordenação - Integração de cuidados (E)

O escore obtido para Coordenação - *Integração de cuidados* foi de 6,2 (EP=0,3) que é, pontualmente, um pouco inferior ao limite 6,6, porém não pode-se considerar essa diferença estatisticamente significativa visto o intervalo de 95% de confiança (5,5; 6,8). Infere-se ainda que, considerando o Teorema Central do

Limite² para o escore dessa dimensão E, existe uma probabilidade de pouco mais de 9% de que a média populacional dos idosos de Governador Valadares/MG seja maior ou igual ao valor de referência (6,6). Sendo assim, a integração do cuidado apresentou avaliação regular, pois os dados indicam ligeira satisfação (do ponto de vista estatístico) em relação a essa dimensão no geral, mas com alguns pontos deficientes, que refletem na qualidade da assistência.

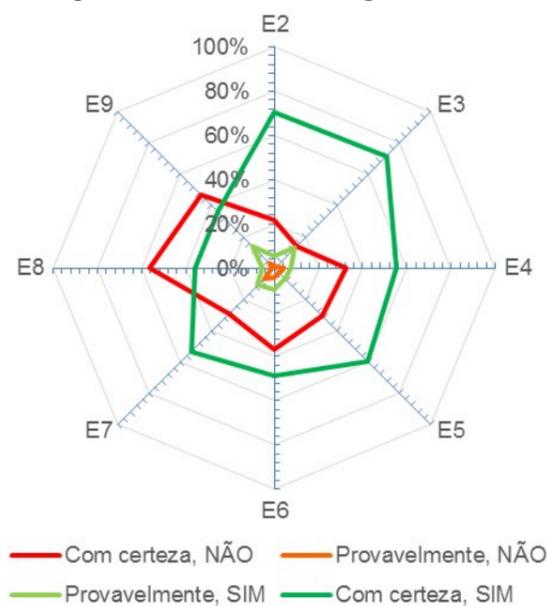
Araújo et al. (2014) pesquisaram a avaliação da *Coordenação - Integração* de cuidados na perspectiva de idosos assistidos na ESF e obtiveram escores de 5,5 considerado baixos escores. Presume-se portanto, a existência de práticas assistenciais reducionistas e fragmentadas, focadas no modelo biomédico, que não sustenta uma comunicação entre os diversos níveis de atenção a saúde. Assim, ressalta-se que há necessidade de uma atenção integral à saúde do idoso, direcionada a um cuidado holístico, bem como a possibilidade de manter um fluxo na rede assistencial, conforme suas demandas de saúde.

No contexto territorial, esta questão pode ser compreendida através da maneira pela qual os usuários utilizam o serviço de saúde, se organizam no espaço e dão significado a ESF, constituindo tanto uma relação de poder, como um momento histórico, político, mas, sobretudo, a construção de identidade. Nesse contexto é que se identificam possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção primária, como também para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente no território da ESF (PAULA et al., 2016).

Na Figura 3, são apresentados os percentuais das respostas aos itens que compõem a *Coordenação - Integração* de cuidados (E), dos idosos assistidos na ESF que informaram já terem sido consultados por um especialista ou serviço especializado (56,4%). Destaca-se, entretanto que 43,6% informaram que não tiveram a assistência com especialista.

²Esse teorema afirma que quando o tamanho da amostra aumenta a distribuição amostral da sua média aproxima-se cada vez mais de uma distribuição normal.

Figura 3. Gráfico de radar sobre a distribuição percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens³ que compõem a Coordenação - Integração de cuidados.



Fonte: Dados da pesquisa

Percebe-se que na maioria das variáveis relacionadas à dimensão Coordenação - Integração de cuidados (E) predomina a resposta “*Com certeza, SIM*” que confere melhores escores totais à avaliação dos serviços de saúde referentes a essa dimensão. As exceções foram as variáveis E8 e E9 que apresentaram predominância da categoria “*Com certeza, NÃO*” antagonizando o perfil positivo característico dessa dimensão E. Tal constatação permite questionar o acompanhamento e o controle de qualidade dos serviços prestados, uma vez que denota uma carência da população idosa em ser ouvida e representada.

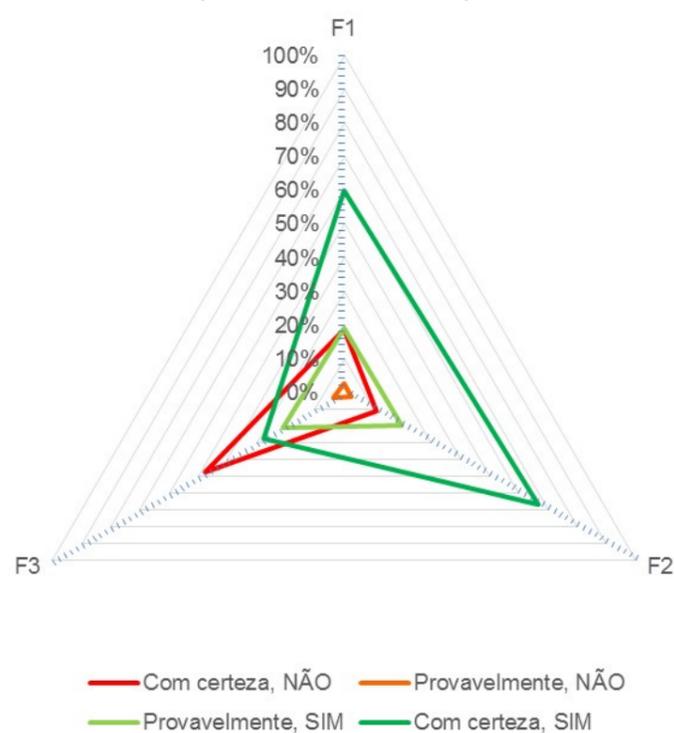
5.1.3.2 Coordenação - Sistema de Informações (F)

³E2 – o serviço sugeriu que você fosse consultado com especialista ou serviço especializado? - E3 – o serviço de saúde sabe que fez consultas com especialista ou procurou o serviço especializado? – E4 – o seu médico/enfermeiro discute com você diferentes serviços que você poderá ser atendido? E5 – o profissional ajudou na marcação de consultas? E6 – o serviço escreveu as informações a respeito da sua consulta para o especialista? E7 – os profissionais procuram saber qual foi o resultado de sua consulta? E8 – Após ir ao especialista o serviço ouviu de você como foi a consulta? - E9 – o serviço demonstrou interesse na qualidade dos serviços prestados pelo especialista

No componente *Coordenação- Sistema de informações* ficou evidenciado que existem condições favoráveis à existência de registro e de disponibilidade das informações para o desenvolvimento da *coordenação do serviço*. O escore obtido para esta dimensão foi de 6,6 (EP=0,2) que confere o intervalo de 95% de confiança (6,2;7,0). Infere-se ainda que, considerando o Teorema Central do Limite para o escore dessa dimensão F, existe uma probabilidade de 50% de que a média populacional dos idosos de Governador Valadares-MG seja maior ou igual ao valor de referência (6,6).

A *Coordenação - Sistema de informações* avalia os registros de saúde ou boletins de atendimento que o idoso recebeu no passado, e se seu prontuário está sempre disponível para eventual consulta. As avaliações desses itens estão apresentadas na figura 4.

Figura 4. Distribuição percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens⁴ que compõem a dimensão Coordenação - Sistema de informações.



Fonte: dados da pesquisa

⁴F1 – Quando você vai ao serviço, você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você no passado? F2- o seu prontuário esta sempre disponível para você consultar? F3- você poderia ler o seu prontuário se quisesse?

Percebe-se que na maioria das variáveis relacionadas à dimensão Coordenação - Sistema de informações (F) predomina a resposta “*Com certeza, SIM*” que confere melhores escores totais à avaliação dos serviços de saúde referentes a essa dimensão. A exceção foi a variável F3 que apresentou predominância da categoria “*Com certeza, NÃO*” antagonizando o perfil positivo característico dessa dimensão F. Tal constatação permite questionar o acesso ou mesmo o entendimento da informação dos serviços de saúde, uma vez que denota uma carência da população idosa em ter autonomia na informação.

A avaliação da Coordenação dos serviços e suas territorialidades

Considerando os escores das dimensões E e F de forma dicotômica (Alto e Baixo), aplicando o teste Qui-Quadrado a um nível de 95% de confiança, nenhuma variável demográfica nem indicador de saúde demonstrou estar associado de forma estatisticamente significativa com o escore da dimensão E. Contudo, a procedência (bairro de origem do idoso) evidenciou associação significativa com o escore da dimensão F (TABELA 5).

Tabela 5 - Tabelas de contingência dos Escores E e F com as variáveis demográficas do estudo, bem como os indicadores de saúde.

		ESCORE E		ESCORE F	
		Baixo	Alto	Baixo	Alto
Idade	De 60 a 64 anos	12	9	1	20
	De 65 a 69 anos	16	11	6	21
	De 70 a 74 anos	5	11	2	14
	De 75 a 79 anos	7	5	5	7
	De 80 a 84 anos	5	6	2	9
	De 85 a 89 anos	2	1	3	0
	De 90 a 94 anos	1	0	1	0
	Mais de 100 anos	0	1	0	1
Sexo	Feminino	36	33	16	53
	Masculino	12	11	4	19
Estado Civil	Casado	24	18	10	32
	Em união consensual		1	0	1
	Separado	4	4	1	7
	Solteiro	6	4	2	8
	Víuvo	14	17	7	24
Escolaridade (anos)	De 2 a 4	18	19	9	28
	De 5 a 7	3	2	0	5
	De 8 a 10	5		0	5
	Mais de 10	5	3	1	7
	Menos de 2	17	20	10	27
Situação de Trabalho	Aposentado	27	21	12	36
	Aposentado e trabalha	3	2	0	5
	Desempregado	3	0	0	3
	Do lar	5	7	2	10
	Empregado	4	2	2	4
	Outro auxílio	0	1	0	1
	Pensionista	6	11	4	13
Com quem mora?	Esposa	13	14	5	22
	Esposa mais filhos	9	4	4	9
	Filhos	14	13	9	18
	Irmão	4	1	0	5
	Netos	3	1	0	4
Renda (qtd Sal. Min)	Sozinho	5	11	2	14
	Nenhum	0	1		1
	Um	31	23	12	42
	Dois	12	13	7	18
	Três	1	1	0	2
	Seis	0	1	0	1
Procedência⁺	Altinópolis	5	2	4	3
	CAIC	5	3	3	5
	Centro	1	2	0	3
	Ipê	15	22	5	32
	Nossa Senhora das Graças	1	3	2	2
	Primavera	1	0	1	0
	Santa Efigênia	2	3	0	5
	Santa Helena	3	3	0	6
	Santa Rita	1	0	0	1
	Santa Terezinha	1	2	0	3
	São Paulo	2	0	0	2
	São Pedro	3	2	0	5
	Vila dos Montes	5	1	4	2
	Vila Isa	3	1	1	3
	Número de Consultas	1 a 3	30	28	10
4 ou mais		13	12	8	17
Nenhuma		5	4	2	7
Qtd Medicamentos	Nenhum	1	5	1	5
	1 a 3	20	20	6	34
	4 ou mais	26	19	12	33
Qtd Doenças	Uma	17	13	5	25
	Duas	11	17	4	24
	Três	4	6	3	7
	4 ou mais	7	2	4	5
	Nenhum	9	6	4	11

Fonte: Dados da pesquisa

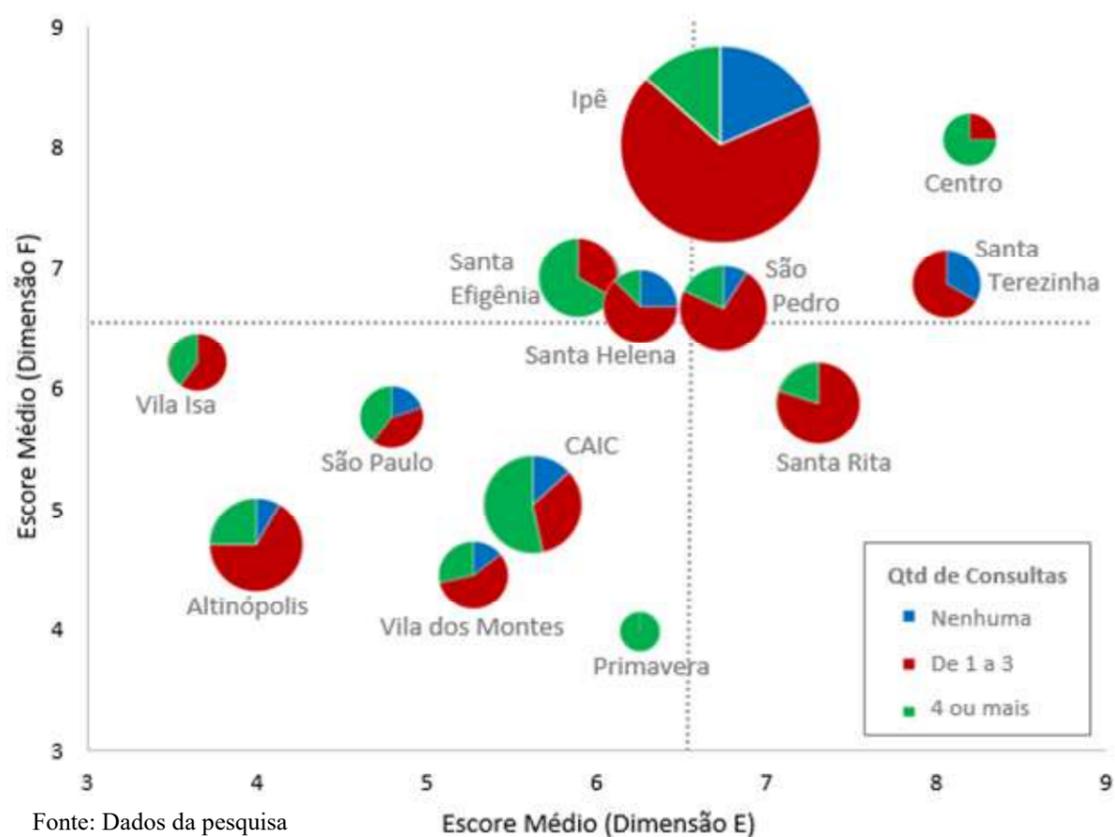
* Associação significativa a 95% de confiança para o Escore E;

+ Associação significativa a 95% de confiança para o Escore F

Uma vez que apenas a procedência demonstrou associação ao nível do escore F, resumidos em Alto (acima de 6,6) e Baixo (abaixo de 6,6), pode-se analisar essa relação de forma um pouco mais aprofundada a fim de levantar hipóteses e discussões sobre causalidade.

A figura 5 apresenta informações sobre a satisfação dos idosos quanto a Coordenação dos serviços de saúde. Nesta figura está representado: o número de idosos entrevistados no bairro (tamanho das bolhas); a correlação entre os escores E e F (dispersão das bolhas); os escores das dimensões E e F em relação ao limiar orientado pela literatura (linhas pontilhadas); e o volume de atendimentos recebidos pelos idosos nos seus respectivos bairros.

Figura 5 - Gráfico de bolhas modificado sobre a dispersão dos Escores E e F, ressaltando os bairros em sua dimensão na amostra e as respectivas frequências de consultas médicas. As linhas pontilhadas marcam o ponto de corte dos escores considerados aceitáveis.



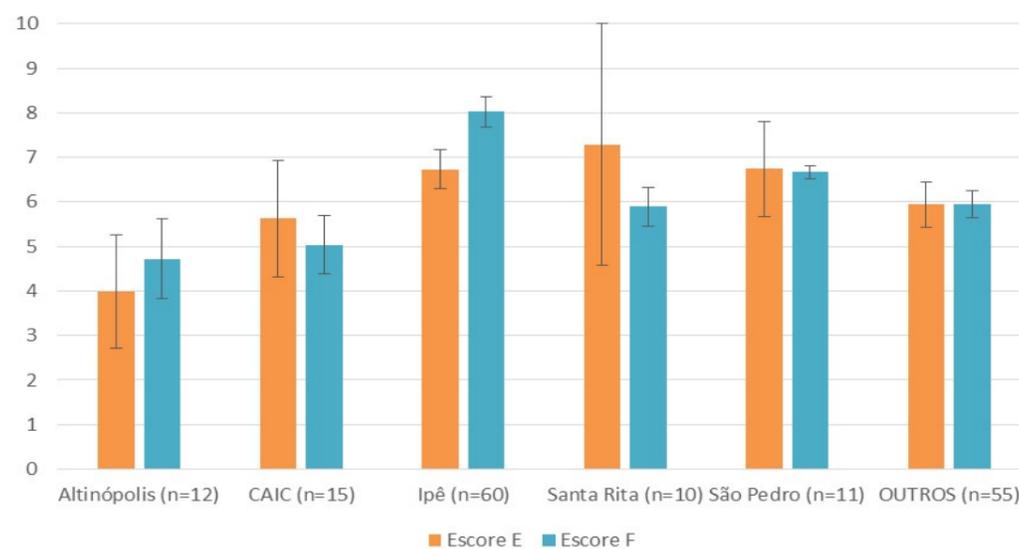
Nota-se que os bairros Ipê, São Pedro, Santa Terezinha e Centro apresentaram escores Altos tanto na dimensão E quanto na dimensão F. Isso é um resultado interessante visto que o bairro Ipê apresenta a maior parte (n=60) dos entrevistados e que todos os bairros supracitados tem um volume significativo de

consultas. Quanto maior o número de consultas que os idosos forem submetidos, maior, teoricamente, seria a respectiva autoridade no julgamento dos serviços de saúde, uma vez que são mais expostos às variantes inerentes a qualquer tipo de atendimento ao público.

Os bairros do quadrante em que tanto o escore E quanto o escore F foram Baixos (Vila Isa, Altinópolis, São Paulo, Vila dos Montes, Primavera e CAIC) são aqueles que demandariam maior atenção no tocante à qualidade dos serviços, na percepção desses entrevistados. Embora sejam bairros com menor contingente de idosos, tal verificação não pode ser negligenciada, até porque não verifica-se no presente trabalho o nível de necessidade e especificidades desses serviços de saúde. Pode ser que essas comunidades demandem serviços mais específicos e/ou críticos no tocante a saúde que os bairros que apresentaram melhores escores. Por fim, a figura 5 permite também perceber uma pequena correlação positiva entre os escores das dimensões E e F, demonstrando que quanto maior o escore E, maior o escore F e vice-versa.

Na Figura 6 tem-se os escores das dimensões E e F, com seus respectivos intervalos de confiança, em relação aos bairros (aglutinou-se os bairros com menos de 11 idosos na categoria “OUTROS”). Essa análise permite realizar inferências sobre as diferenças estatísticas dentre os escores de diferentes bairros.

Figura 6. Distribuição dos escores das dimensões E e F pelos bairros.



Fonte: dados da pesquisa

Na figura acima demonstra-se as estimativas dos Escores da dimensão E e da dimensão F, discriminadas pelos bairros onde os idosos foram atendidos. Percebe-se, à princípio, que o bairro Santa Rita (com 10 participantes) apresentou enorme intervalo de confiança o que reflete a falta de consenso, em relação a dimensão E, na opinião desses entrevistados em relação aos serviços de saúde a eles prestados. Além disso, esse enorme intervalo de confiança deixa o bairro Santa Rita estatisticamente igual aos demais bairros em relação ao escore E. Nota-se apenas uma diferença significativa entre o escore E dos bairros Ipê e Altinópolis. Em relação ao escore F observa-se uma diferença estatisticamente significativa entre os bairros Ipê e São Pedro, sendo esses também estatisticamente superiores aos demais bairros que por sua vez apresentaram escore F praticamente idênticos entre si.

Assim, Godim et al. (2008) ressaltam que as pessoas são fatores sobrepostos em problemas que se traduzem nas condições gerais de vida, individual e coletiva, e em função da vulnerabilidade de cada um frente às ameaças a que estão expostas no cotidiano. Aqui se pode entender que os riscos e a vulnerabilidade mencionados estão vinculados ao território/espaço em que cada população está inserida, sendo uns mais expostos e outros menos, de acordo com a realidade local.

Na perspectiva territorial, o conhecimento dos hábitos, dos valores, da cultura, modo de vida e práticas do cotidiano das pessoas, das famílias, das comunidades e instituições é um importante aliado do serviço de saúde, ajudando a entender porque em determinados locais com condições de saúde e sociais semelhantes, por vezes se percebe comportamentos diversos. Pois, entende-se que quando o usuário tem mais consulta/ ou procura mais o serviço ele tem mais condição de avaliar adequadamente, uma vez que o indivíduo teve mais experiência significativa com o serviço (BRUNELLI et al., 2016)

5.2 DADOS QUALITATIVOS

A partir de entrevista semiestruturada realizada junto a 10 idosos participantes do estudo, foram identificados os dados qualitativos, objetos de análise neste estudo. Tais dados correspondem às percepções dos entrevistados relativas ao contexto da saúde. Compreende-se aqui por percepção os valores e

significados atribuídos pelos idosos à sua saúde. Segundo a literatura (FERRETTI, NIEROTKA e SILVA, 2011, FERRETTI et al., 2011, CÂMARA et al., 2012, ASCARI et al., 2015) conhecer a percepção dos idosos sobre sua saúde é fundamental para que se busque desenvolver uma atenção integral condizente com as necessidades dessa população, bem como favorecer a melhoria da qualidade de vida deste grupo.

Os discursos dos pesquisados que proporcionaram informações retratando seus entendimentos sobre saúde foram coletados a partir das seguintes perguntas: (1) O que é saúde para você? (2) Você considera que tem saúde? (3) Quais as práticas de saúde que você conhece?

Os fragmentos dos discursos foram analisados utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Essa modalidade de análise permitiu a exploração das unidades temáticas promovendo a sistematização dos dados em três temáticas conforme apresentadas na tabela 6.

Tabela 6 Descrição das temáticas e categorias resultantes da Análise de Conteúdo.

TEMÁTICA	CATEGORIA
Significado de Saúde	Bem-estar físico e emocional Boa alimentação
Considera possuir saúde	Presença de saúde Ausência de saúde
Práticas necessárias para se ter saúde	Alimentação saudável Atividade Física Hábitos Saudáveis de Vida Vida Tranquila

Fonte: Dados da pesquisa. 2016

5.2.1 TEMA 1: Significado de Saúde

Este tema aborda a percepção do idoso em relação ao conceito saúde, a partir de suas vivências e experiências. Observa-se que o conceito de saúde varia de indivíduo para indivíduo, mostrando que são vários fatores que identificam a saúde para as pessoas, e que estes fatores combinados resultam de diferentes situações de vida. Assim, torna-se importante conhecer o significado de saúde para o idoso, para nortear condutas, atitudes, políticas públicas com o intuito de melhorar a atenção à saúde desta população, e conseqüentemente sua qualidade de vida.

Portilho e Paes (2000), afirmam que, quando se questiona o que é saúde e o que é doença, obtêm-se respostas variadas, visto que o significado destes termos depende da concepção que se tem do ser humano e da sua relação com o ambiente. Desta forma, busca-se sair da análise abstrata de saúde, como equilíbrio perfeito, e de doença como desordem, para um enfoque nas crenças individuais sobre o porquê e como se adoeece; isto é, o seu significado no meio onde se vive e, afinal, conhecer as formas terapêuticas nas quais as pessoas acreditam que possam produzir a cura. Procura-se, então, compreender que saúde e doença são reflexos da vida social no corpo dos indivíduos.

Para Braga et al. (2015) a saúde define-se não apenas com ausência de doenças, mas com toda a amplitude que oferece a diversidade contemporânea, contemplando as dimensões física, mental e social. Aspecto positivo seria a superação das ações do cotidiano, sejam ambientais, sociais, biológicas ou ligadas ao estilo de vida coletivo e individual, o que seriam as territorialidades do sujeito.

Nesse contexto de territorialidades a abordagem de Claval (1999) remete a concepção do território como produto das relações, como consciência de pertencimento, daí falar de identidade. E identidade se adquire através das relações sociais, que ao serem materializadas no espaço elas são construídas, podendo dizer que se trata mesmo do processo de humanização do espaço, de sua territorialização.

Para Heidrich (2006) é através da apropriação do espaço que se constrói território, este é resultado da relação entre apropriação, domínio, identidade, pertencimento, demarcação e separação. Não há como se falar de território sem se considerar os fundamentos da territorialidade. Assim a saúde aqui é configurada em estilos de vida, comportamentos e diversidades.

Nessa perspectiva, promover saúde envolve muito mais que a mudança de hábitos e a adoção de estilos de vida saudáveis por parte dos indivíduos, como considera a tendência centrada no comportamento dos sujeitos. Envolve ampliar o olhar para além da dimensão individual, buscando refletir sobre questões sociais, políticas, econômicas e culturais relacionadas com o processo saúde-doença, pautada por um conjunto de valores como a vida, a solidariedade, a equidade, a

democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação e a parceria. A promoção da saúde fundamenta-se na utilização de estratégias de atuação na perspectiva da responsabilização múltipla, quer seja por problemas ou por soluções para os problemas (VERDI, FREITAS e SOUZA, 2012).

Pesquisas na área da saúde do idoso podem contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida com vistas a promover bem-estar físico, mental e social, a fim de resultar em maior independência e autonomia (STIVAL, 2014). Portanto a implementação de políticas de saúde pode contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo. Se considerar saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2010).

5.2.1.1 Categoria 1: Bem-estar físico e emocional

Nesta categoria o entendimento que os idosos possuem de saúde está relacionado com um estado de satisfação plena do corpo e da mente, associado por vezes, a ausência de doença, acesso a assistência médica, bem como o uso de medicação como ideia de realização do tratamento prescrito evitando que os agravos existentes avancem. Para Moraes (2012), bem-estar engloba o universo total dos domínios da vida humana, incluindo os aspectos biológicos, psíquicos e sociais. A doença pode comprometer diretamente o bem-estar biopsicossocial, dependendo da capacidade de adaptação do indivíduo.

Nessa abordagem, a saúde não é vista como um processo apenas biológico/corporal, mas também como o resultado do contexto social e da experiência subjetiva. Neste sentido, o território constitui-se em suporte para organização das práticas em saúde, dos serviços de saúde, da vida da população, da produção de saúde e do bem-estar físico e emocional (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Segundo Resende (2006) o processo de envelhecer bem depende do equilíbrio entre as limitações do indivíduo e suas potencialidades. Pode

possibilitar o desenvolvimento de mecanismos para lidar com as perdas referentes a este processo e uma adaptação às desvantagens e restrições.

Saúde é você tá sentindo bem, é não ter dores, por exemplo, é a pessoa estar bem, tá com saúde. Acredito eu que seja isso. É, tem que estar estável, tem que tá sentindo bem, vontade de viver, tá com saúde se não, não tá, né? (Idoso 2, sexo masculino).

“Eu acho assim, uma boa alimentação, uma prevenção assim, saber cuidar dos seus remédios, um bom sono. É o que eu entendo, num entendo mais não, srsr “ (Idos 4, sexo feminino).

Saúde é a pessoa viver bem né dentro da sua casa, é alimentar bem, fazer uma caminhada né? É bom pra saúde. (Idoso 6, sexo masculino).

Esses relatos indicam que o processo saúde-doença é vivenciado de maneira distinta e particular, individualizado e influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Esses idosos possivelmente entendem e reconhecem às mudanças que ocorrem com o passar do tempo e essas mudanças podem refletir no conhecimento e autocuidado. Percebe-se uma preocupação com a prevenção, possivelmente evidenciando avanço no sistema explicativo do processo saúde-doença. O modelo processual representa um progresso em relação ao modelo biomédico, na medida em que reconhece que saúde-doença implica num processo de múltiplas e complexas determinações.

O bem-estar aqui discutido remete ao território, sendo o ponto chave para reconhecer e identificar o lugar, o sentimento de existência, compreensão do sentido das possibilidades de concretização do bem-estar no território usado. É a identidade do lugar, descoberta através de sua situação geográfica e sentidos dos seus eventos, que revela a dimensão dos desafios à consolidação da saúde (JERÔNIMO e GONÇALVES, 2014).

Nesse sentido Tuan (1983, p.22) trata este espaço como uma “resposta do sentimento e da imaginação às necessidades humanas fundamentais. Desta forma, este cenário, difere do espaço concebido de forma pragmática”. Ainda nesta perspectiva, o espaço vivido é uma experiência contínua, egocêntrica, um espaço de movimento e um espaço-tempo vivido que se refere ao afetivo/ bem-estar físico e emocional, ao mágico, ao imaginário.

Pensando ainda no território saúde, o bem-estar pode ser entendido como um espaço simbólico composto por múltiplos lugares. O significado de cada lugar é dado por seu uso. Existem lugares para amar, adoecer, curar, nascer, viver, trabalhar e lutar. A apropriação do território por parte dos sujeitos e a consequente identificação de cada um desses lugares, suas particularidades históricas e políticas permitem aos indivíduos um maior controle na gestão dos serviços, bem como sobre as condições que interferem em seu processo saúde. O território é, portanto, um espaço de aprendizado e cidadania sendo possível viver com qualidade (MENDES, 2003).

Nessa perspectiva, é possível pensar como as transformações no território brasileiro têm implicações na saúde da população. Segundo Almeida e Albuquerque (2005), a saúde de um povo é um termômetro da sociedade, devido à sensibilidade das condições de saúde aos diversos aspectos da vida. O território usado tem um papel fundamental nas discussões sobre a saúde, esse é um medidor dos lugares e, conseguinte, do bem-estar da própria sociedade.

O bem-estar é interpretado de diversas maneiras, para Candido e Dreher (2013, p 179), “o bem-estar considera a existência de duas linhas de pensamento: a objetiva e a subjetiva. O bem-estar objetivo consiste nos valores materiais e sociais que podem ou não contribuir para o bem-estar do indivíduo. Enquanto, o bem-estar subjetivo interpõe a avaliação individual de cada um, nos julgamentos cognitivos da satisfação com a vida e nas avaliações afetivas de emoções e estado de espírito”.

A saúde consiste como causa e consequência para o bem-estar dos indivíduos. Todavia, o bem-estar é que se correlaciona com a saúde, isto é, na ausência de saúde, é complicado afirmar o estado do indivíduo como sendo de bem-estar. E muitos dos componentes do bem-estar estão implícitos nas consequências do estado de saúde dos indivíduos e/ou da comunidade (MCGILLIVRAY e CLARKE, 2006).

Segundo Reis et al. (2010) os indicadores de bem-estar na velhice são longevidade, melhores condições de vida, saúde física, estado psicológico, saúde biológica, nível de independência, relação social, produtividade, relações com os

amigos e familiares. Avaliar o bem-estar físico e emocional do idoso é de grande importância científica e social por permitir a implementação de ações e intervenções seguras na ESF, uma vez que os idosos estão propensos a ocorrências de doenças, perda de papéis ocupacionais e ainda perdas afetivas.

O bem-estar pode ser alcançado pela participação dos idosos em atividades que contribuam para a conscientização sobre a importância da saúde. Essa sensação de bem-estar pode ser discutida à luz de uma abordagem holística, que integra funções físicas, emocionais e espirituais. Assim, como essas funções estão inter-relacionadas, qualquer mudança em uma delas pode causar repercussões nas outras. Estas são mudanças positivas que demonstram que o todo é maior do que a soma de suas partes (VICINI, 2002).

Assim, comprova-se que o bem-estar pode englobar diferentes dimensões, tanto física, emocional, mental, quanto social, cultural, espiritual, que se manifestam clinicamente de diferentes formas, onde o indivíduo está inserido. Deste feito, bem-estar pode estar também associado à ausência de alterações físicas ou psíquicas que permitem realizar atividades de vida e, fundamentalmente, permitem autonomia proporcionando alegria e felicidade indispensável para ter qualidade de vida (ASCARI et al., 2015).

Saúde é bem-estar, na verdade a saúde é a ausência de doença, né? E você ter saúde, na minha visão, ter saúde é você levar a vida regrada, controlada, tanto na alimentação como na atividade física, como no trabalho. Uma das coisas que eu considero a melhor coisa pra saúde é atividade física é...você não ter vícios, não ter... pode até ter mas não exageradamente né? Ter uma atividade de trabalho, principalmente se trabalhar é ter saúde. Eu vejo dessa forma, é o que eu faço desde os 18 anos de idade, trabalho pra ter saúde. (Idoso 1, sexo masculino)

Segundo Siqueira, Padovam (2008) o conceito de bem-estar ainda relaciona-se às experiências emocionais acumuladas durante a vida, sejam elas positivas ou negativas. Aspectos das vivências dos indivíduos são fatores que influenciam sua avaliação do bem-estar. Nery et al. (2009) afirmam que bem-estar pode possuir diversos conceitos, tais como, felicidade, sofrimento, adaptação, saúde e nível de satisfação dos indivíduos, sendo estas definições amplas pois estão ligadas à questões subjetivas.

*A saúde pra mim é tudo né meu fio, o principal da vida da gente né?
Uma coisa muito boa também né..Feliz. A saúde da gente é tudo né?!
(Idoso 9, sexo feminino)*

Esse relato expressa a felicidade como forma de saúde. Na velhice ser feliz pode ser entendido como uma busca de bem-estar e, para os idosos desse estudo, viver uma vida regrada, controlada, sem vícios, praticando atividades físicas representa uma possibilidade de viver melhor esse processo. O bem-estar emocional é uma das dimensões mais valorizadas, pois relaciona-se com o que vem a ser uma vida satisfatória e feliz. Pode estar ligada a modelos de natureza sociológica, cujos indicadores são a satisfação com a vida e o equilíbrio entre afetos tanto positivos quanto negativos e natureza psicológica, cujo significado é a busca de excelência pessoal (MONTOVANI, LUCCA e NERI, 2016).

Em alguns relatos, ainda é possível identificar uma valorização da visão biomédica, ou seja, foco na manifestação de doenças, acesso ao médico (vinculado ao tratamento) e ao uso diário de medicamentos.

Saúde é cuidá né da saúde, cuidá né, procura os médico, lugar melhor que atende bem, que né tem um médico que atende a gente com mais ciência, sabendo o que ta fazendo né, que procura saber qual o melhor pra gente poder ter saúde perfeita, né? (Idoso 7, sexo feminino)

*Como assim?Tomar um caminhão, toma um monte de remédio que eu tenho ali hoo, eu tomo 12 comprimido por dia Hunrum.Uai se eu não tomar esse comprimido amanhã eu num sô ninguém apesar de eu já ter uns 70 e um pedacim né? quero continuar novo mais um poquim ..
(Idoso 5, sexo masculino)*

Essas falas possivelmente identificam a percepção simbólica de saúde com a crescente e elevada dependência dos idosos para com a oferta de serviços de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo. Garcia et al. (2005) também encontraram resultados semelhantes na valorização da visão biomédica, centrada na presença do médico, e prescrição de medicamentos.

De acordo com Barcelos et al. (2002) as ações de saúde devem ser planejadas e elaboradas considerando os diagnósticos, pois quanto maior a identidade entre a população e seu território, mais facilmente as ações poderão ser executadas. A situação de saúde não é um atributo dos grupos sociais nem das unidades espaciais em si. Ela é o resultado da relação de grupos sociais com seu território.

A saúde e o bem-estar ganharam destaque nas últimas décadas assumindo um valor social, econômico e simbólico. O olhar geográfico da saúde centrado na compreensão dos contextos territoriais como condicionante e refletor de dinâmicas individuais, sociais e políticas que influenciam a qualidade da saúde da população idosa. Procura-se desvendar as causas e obstáculos, identificando a melhor forma de se remover e implementar condições e critérios que promovam a saúde, bem-estar, e qualidade de vida à população idosa (SANTOS, 1999 e HAESBAERT, 2005)

5.2.1.2 Categoria 2: Boa Alimentação

Nesta categoria o significado atribuído à saúde pelos idosos está relacionado a valorização da alimentação saudável (polarização entre alimentos “bons” e “maus” para a saúde), como necessária para o equilíbrio da saúde, inserida no contexto da adoção de práticas adequadas para melhoria da qualidade de vida. Segundo Proença (2010), a alimentação está diretamente presente na vida do homem exercendo influências marcantes no seu estilo de vida e na sua saúde.

Assim a territorialização, no campo da saúde é a expressão geográfica de intencionalidades humanas, permitem compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações, os múltiplos fluxos que animam os territórios e, as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como o sujeito individual e coletivo produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.

Eu acho assim, uma boa alimentação, uma prevenção assim, saber cuidar dos seus remédios, um bom sono. É o que eu entendo, num entendo mais não, srsr. (Idoso 4, sexo feminino)

Saúde a gente tem que viver bem né?! Viver bem, ter uma alimentação saudável, ter tranquilidade né? Pricisa dormir. Eu acho que é a saúde, a pessoa tano com saúde ela tem isso tudo né? Ai, eu não sei se eu tô falando certo. (Idoso 3, sexo feminino)

Observa-se nos discursos dos idosos uma possível preocupação em realizar uma alimentação diária adequada. Acreditam que essa ação influencia

positivamente em sua saúde, pois associam o consumo de alimentos saudáveis a prevenção, a viver bem, ao aumento da qualidade de vida e pode significar manutenção do processo de envelhecimento ativo.

Dentre as falas dos entrevistados, pode-se destacar a concepção de território como delimitação de espaço vivido e experiências adquiridas entre indivíduos e grupos. Para Haesbaert (2004) e Almeida (2005) a pluralidade de abordagens que visam investigar as relações do idoso com seu espaço de vida, permite identificar as representações simbólicas e seu imaginário na sua relação com o espaço. Aqui o território é repleto de significações e por isso elucidam diferentes concepções em torno de questões físicas, biomédicas, econômicas, psicossociais, políticas e culturais.

É possível ainda perceber nas falas que a alimentação faz parte do cotidiano das pessoas, ao mesmo tempo em que seus significados podem ser ampliados e seus conhecimentos aprofundados. Silva e Cárdenas (2007) consideram que a partir da alimentação, em seu conceito mais amplo, é possível discutir e rever a relação das pessoas com o meio ambiente, em bases mais sustentáveis, tomando como referência seu contexto local e global e sua dimensão individual e coletiva.

A conquista dessa harmonia remete-se à história e ao lugar onde se vivem. E nesse sentido, o alimento torna-se tema de destaque para a história e a geografia. Por meio do alimento é possível contar a história da humanidade e conferir identidade às pessoas. Os alimentos estão incluídos na história e nos costumes do lugar onde as pessoas moram. Este é um dos aspectos mais preciosos da alimentação adequada e saudável tomada como direito de todas as pessoas. Assim cada ser humano constrói, ao longo da sua vida, uma identidade própria em relação ao ato de se alimentar, uma vez que a alimentação está inserida intrinsecamente na cultura (SANTOS, 1999, HAESRBAERT, 2004 e SOUZA, 2012).

O campo da alimentação contempla uma diversidade de possibilidades para a realização humana quando tomado como lugar em que se estabelecem relações entre ser humano mediado pelo alimento. Comemorações, rituais, desejos, prazeres, cuidados com a saúde, dietas, ideais de beleza corporal,

lembranças, finitude; alegrias e tristezas fazem parte, de alguma forma, do universo da alimentação, que corresponde à noção ampla e potencialmente capaz de abarcar componentes de felicidade, de bem-estar e de segurança presentes no cotidiano de pessoas de todas as idades (MINTZ, 2001).

Saúde assim, em termo assim que cê fala de médico? A gente ter uma boa alimentação, ter uma vida mais tranquila, mais saudável, sem muita preocupação, essas coisa assim que faz, mais que eu acho é em termo de alimentação né, o cuidado com a saúde da gente. (Idoso 10, sexo feminino)

A valorização da prática de alimentação saudável visando um envelhecimento ativo demonstra a importância que este tipo de atividade exerce sobre o grupo populacional estudado. Trata-se de uma visão que proporciona vinculação à preocupação com a saúde, no sentido de prevenir ou tratar as doenças, com atitude biologicista e medicalizadora do ato de comer.

A pessoa que se alimenta bem, melhora sua forma física para desfrutar sua vida, acumula disposição para se dedicar a outras atividades. Sabe-se que uma boa alimentação, além de promover a saúde e o bem-estar do idoso, diminui os efeitos das doenças como a obesidade, hipertensão, depressão e muitas outras, além de ajudar na diminuição da ingestão de medicamentos (PINELLI, 2005).

Pensando assim a alimentação é o ato natural de escolher e combinar alimentos que, por sua vez, nutrem o corpo. Os hábitos alimentares que estão relacionados com a cultura, as tradições, expressam quem o indivíduo é, os sentimentos, e a forma de se relacionar com os outros. Contudo, para os idosos além de nutrir, a alimentação deve também proporcionar bem-estar e prazer aos sentidos (CANESQUI, 2005; BRASIL, 2006).

O elemento alimentação está presente na legislação do Estado Brasileiro, com destaque para a Lei 8.080, de 19/09/1990, que entende a alimentação como um “fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde” (BRASIL, 2012, p. 84).

Segundo Romanenelli (2006), no campo sociocultural a alimentação é um meio de marcar identidades, de estabelecer fronteiras entre segmentos sociais. Percebe-se a alimentação como uns dos fatores responsáveis pela prevenção de doenças crônico-degenerativas do mundo moderno. É possível observar nos relatos ligação entre o hábito alimentar e o estilo de vida saudável como fatores preventivos de doenças. E ainda que a alimentação saudável é relacionada não somente à dieta equilibrada e adequada, mas também às experiências vividas de cada sujeito, a relação com a promoção da saúde e não somente prevenção de doenças.

O direito humano à alimentação adequada vai além da disponibilidade de alimentar, mas garantir que as práticas e hábitos alimentares dos sujeitos sejam respeitados, promover instrumentos no qual todo o ser humano seja capaz de alimentar e nutrir a si e a sua família com dignidade (BURITY et al., 2010).

A boa alimentação é uma prática importante constituidora de saúde do sujeito. Desta forma, é citada como algo positivo e essencial na qualidade de saúde do indivíduo. Abordar os fatores que promovem a saúde dos idosos representa um desafio, tendo em vista a situação econômica de alguns. A alimentação constitui uma das atividades humanas mais importantes, não só por razões biológicas evidentes, mas também por envolver aspectos econômicos, sociais, científicos, políticos, psicológicos e culturais, fundamentais na dinâmica da evolução das sociedades (HASBAERT, 2004).

5.2.2 TEMA 2: Considera Possuir Saúde

Este tema aborda a percepção dos idosos sobre a presença e ausência de saúde. Os idosos pesquisados consideraram que a velhice pode ser vivenciada dentro de suas limitações. Assim, pode-se dizer que, dependendo das experiências de cada indivíduo em relação ao ambiente e fatores histórico-culturais, a velhice pode ser caracterizada tanto por eventos positivos quanto negativos, o que vai influenciar na avaliação que se faz de velho e velhice e, conseqüentemente, no modo de lidar com essa fase da vida.

Constata-se que a saúde do indivíduo está relacionada a diversos fatores: ambientais, socioeconômicos, emocionais e culturais que vão além do simples

fato de possuir ou não saúde. Velhice não pode ser sinônimo de doença. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. Assim, o entendimento de saúde vai além do bem-estar físico.

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do SUS. As políticas públicas de saúde objetivam assegurar a atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Assim, diante do crescente envelhecimento populacional, políticas públicas foram implementadas para assegurar direitos à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2010).

O conceito de possuir saúde para o idoso é uma associação destes múltiplos fatores, que difere entre cada indivíduo, um bom caminho para compreender o estado de saúde dessa população, é garantir voz aos sujeitos idosos, ouvir deles como percebem a sua saúde, pois sua percepção pode gerar conhecimentos diferentes daqueles que as pesquisas já destacaram (FERRETTI, NIEROTKA e SILVA, 2011).

Neste contexto, conhecer a percepção do idoso quanto ao seu estado de saúde, e os significados por ele atribuídos, poderão fornecer subsídios para a compreensão do que é possuir saúde, para este grupo populacional respeitando a sua individualidade, integralidade, autonomia e singularidade. Ainda poderá haver maior entendimento sobre o processo de envelhecimento, de tal modo a redimensionar intervenções nas práticas de saúde dirigidas ao idoso.

5.2.2.1 Categoria 1: Presença de Saúde

Essa categoria aborda a percepção positiva dos idosos de possuir saúde. Portanto, saúde está relacionada a ter condição e força para trabalhar, viver muito (longevidade). Sabe-se que a mudança do conceito de saúde tem se expandido

para além de ausência de enfermidade e alcançado um avanço, considerando a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença (NERY et al., 2009).

“Pelo que eu já passei eu acho que eu tenho até muita saúde ...e por isso que hoje, até hoje eu tenho força pra trabalhar. Eu considero que eu tenho apesar de ter 72 anos”.(Idoso 1, sexo masculino)

Pela minha idade, eu me considero com saúde (Idoso 8)

Em geral, os idosos condicionam o possuir saúde à capacidade laboral ou de realização de atividades, o que sugere uma forte relação entre a percepção positiva ou negativa de ter saúde às condições de realizar atividades da vida diária (JÓIA, RUIZ e DONALÍSIO, 2008). Resultados semelhantes foram encontrados por Fonseca et al. (2010) e Silva et al. (2012).

Estas falas sugerem que os entrevistados reconhecem a importância de ter saúde para adquirirem maior independência e terem qualidade de vida no envelhecimento, mas verifica-se que a percepção subjetiva de possuir saúde se configura como a interpretação pessoal que os indivíduos fazem de sua própria saúde, o que depende diretamente de suas experiências pessoais.

Deste feito, a atenção à saúde, requer uma mudança na concepção de mundo e na forma de utilizar o conhecimento em relação às práticas de saúde, voltando o seu enfoque especialmente para a promoção da saúde. É muito mais do que uma aplicação técnica e normativa, a saúde está relacionada à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde. A saúde envolve escolhas relacionadas a valores e processos que não se expressam por conceitos precisos e mensuráveis em um determinado território (SANTO e RIGOTTO, 2013).

Este território, aqui entendido como espaços geográficos e políticos que organizam as relações humanas, estabelecendo, assim, fronteiras, tanto geográficas, quanto humanas, são palcos nos quais diferentes relações de mobilidades/imobilidades, disputas, conquistas, afetos, solidariedades, vulnerabilidades/resistências, abandono/ocupação e pertencimento vão se estabelecer entre os diferentes indivíduos. Essas relações produzidas nos e pelos

territórios e, ao mesmo tempo, produtoras desses territórios, são o que chamamos de territorialidades (SAQUET, 2011)

Essas territorialidades são as relações do dia a dia, os arranjos familiares, a expressão do social, a produção, circulação, comunicação, crenças. Nesse sentido, a realidade de cada indivíduo e de sua família, em particular o idoso, imprime marcas que devem ser referências para a política, pois cada lugar é distinto, particular, e representa os sentidos de viver e de vivências em muitos territórios. O território aqui descrito apresenta-se como espaço comum, espaço de vivência e que muito tem a dizer dos que nele circulam (SANTOS 2006).

Na narrativa a seguir observa-se quanto é importante, para o idoso, manter uma boa capacidade funcional e independência:

... Num posso correr, mas eu subo no telhado, eu construí aqui em cima sozinho, eu fiz aqui sozinho, pago pedreiro pra fazer um reboco essas coisas, mas o resto é tudo eu que faço. Bato laje, na hora de bater laje tem que ter ajudante, mas o resto eu faço tudo sozinho. Subo aqui, só num subo com a lata cheia, mas subo com meia lata toda hora e puxo na corda meia lata e levo, quando penso que não tem uma, tem quatro lá em cima né? Eu considero que eu tenho saúde né, porque tem muito nego aí muito mais novo do que eu que nem andar num anda mais né, quer dizer tá todo curvado, eu num curvei ainda não, eu acho que não. Se precisá anda em pé aí em cima duma moto eu ando... (Idoso 5, sexo masculino),

O termo saúde aqui compreendido, envolve uma junção biológica de fatores que definem o quanto o ser humano sente-se saudável, e como os determinantes biológicos interferem ou não na condição de saúde de um indivíduo. Nota-se que a capacidade funcional e a independência passam a ser um dos principais determinantes da percepção de saúde do idoso e surgem, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso (RAMOS, 2003).

Salienta-se que a portaria que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que possuir saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006).

Presume-se que quando o idoso começa a apresentar um declínio de sua capacidade funcional, isto pode afetar suas atividades de vida diária, comprometendo sua autonomia e conseqüentemente sua percepção de ter saúde. Parece que consideram ter saúde quando são capazes de realizar as atividades diárias sozinho, de forma independente e autônoma.

A saúde das pessoas idosas perpassa pelas condições (geográficas, físicas, sociais e culturais) dos territórios onde vivem e por onde circulam, que podem, por um lado, propiciar uma boa saúde e, com qualidade na velhice ou, por outro lado, potencializar as dificuldades, riscos e vulnerabilidades a que alguns sujeitos idosos estão expostos. Dessa forma, territórios hostis, de difícil mobilidade, onde os mais velhos sentem-se isolados e segregados, impossibilitados de estabelecerem e manterem relações intergeracionais saudáveis e equânimes, onde o sentimento de pertença é substituído pela vulnerabilidade, insegurança e exclusão, só podem reduzir, sensivelmente, as possibilidades de uma vida saudável e com qualidade (HAESBAERT, 2005, VEIGA, CORDEIRO e FERREIRA, 2014).

Em algumas falas, os idosos ainda afirmam ter saúde mesmo com a presença de dor.

“Ah eu considero, que assim, sentir dor todo mundo sente, então graças a Deus eu tenho saúde”. (Idoso 10, sexo feminino).

Parece, que em determinadas situações, existem ainda alguns idosos que relatam ter saúde, pois se encontram em plena atividade laboral e social e que se reconhecem em condições para isso, visto que suas vidas não são marcadas por limitações e incapacidades físicas ou mentais.

Compreende-se que a percepção do idoso está intimamente relacionada à sua história de vida pessoal, disponibilidade de suporte afetivo, das redes sociais, do sistema de valores pessoais e do estilo de vida adotado por cada um (FREITAS, QUEIROZ e SOUZA, 2010).

A percepção da saúde é relacionada ao modo de vida, como exemplifica a expressão a seguir: “Saúde é viver bem, cuidar direitinho.” Portanto, ter saúde se relaciona à qualidade de vida, ampliando a concepção de saúde não apenas como ausência de doença. Assim o conceito de saúde revela a dificuldade dos

indivíduos para encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico, que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública, tendo o espaço como produção da saúde. Para Santos (2001), Haesbaert (2004) e Almeida e Albuquerque (2005) a concepção territorial deste espaço pode ser entendida tanto no contexto histórico, quanto social e econômico, possuindo características individuais e coletivas de um grupo.

Nota-se em determinados relatos, apesar de não saber ao certo se possui saúde, a percepção de saúde está centrada numa visão biomédica, abordando aspectos físicos. A descrição de possuir saúde associa-se a presença do médico e realização de exames.

Aaaahh não sei não, se eu pudesse pagar um médico, que coisa outra coisa, eu num mixia com posto de saúde não que é muito demorado, a única coisa, a coisa que eu sinto é a demora. Que as vez cê vai fazer uma consulta, cê vai hoje pra poder pegar, as vez essa semana o exame, leva um mês ou até mais de mês pra pegar, quer dizê se a gente tiver duente mesmo e ruim morre, morre, morre. Então eu acho que demora muito (Idoso 7, sexo feminino).

Garcia et al. (2005) avaliando a atenção básica à saúde na perspectiva do idoso, constatou que os mesmos apresentam relatos relacionando a saúde com o saber biomédico, fundamentado em seu contexto de vida e na referência da capacidade para o trabalho. Foi observada a valorização da figura do médico, reconhecido como sua principal autoridade.

O modelo biomédico surgiu embasado na teoria mecanicista do universo, proposta por pensadores como Galileu, Descartes e Newton (1998), vendo o homem como uma máquina, tendo o conceito de saúde como ausência de doença e com tendência para a especialização e fragmentação, perde-se a visão holística do homem, em suas dimensões psicológicas e sociais, é a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço (ARANTES et al.,2008).

5.2.2.2 Categoria 2: Ausência de Saúde

Esta categoria refere-se à percepção negativa dos idosos em relação a ter saúde, sendo incluídos nesta categoria indivíduos que consideraram não possuir saúde devido à presença de alguma doença crônica (hipertensão, diabetes) que

podem comprometer suas atividades de vida diária, impedindo-os consequentemente de ter saúde. E ao uso diário de medicamentos.

De acordo com Almeida Filho (2000) saúde não é oposto da doença e não pode ser definida simplesmente como “ausência de doença”. Neste sentido, indivíduos sadios, muitas vezes, podem apresentar uma doença, em contrapartida indivíduos isentos de doença podem não ser sadios. A saúde está muito além da presença ou ausência de patologia, ela está intimamente ligada à qualidade de vida, a um conjunto de fatores que promovem o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo dentro dos limites normais estipulados para a sua forma de vida.

“Haa num sô muito boa de saúde não .Não. Até, até meus quarenta ano eu era boa de saúde. Depois eu comecei duece, um dia eu tô mais boa, oto dia num tô. Não, saúde perfeita eu num tem não. Porque a gente pra tê saúde perfeita a gente num tem que ta sintino nada, né?Eu sou diabética, eu sou hipertensa, né? As vez um dia a diabete tá alta eu num sinto bem, outro dia é a pressão né? Então eu num considero que eu tenho minha saúde perfeita mais.É em parte, tem dias que eu tô muito boa,disposta a trabalhar, fazer minhas coisas, já tem dia que eu tô meio desanimada”. (Idoso 3, sexo feminino)

“Olha eu tinha muita saúde, saúde minha era muito boa até os 60 ano, depois dos 60 ano pra cá começou a aparecer alguma coisinha, é pressão começou subi, peguei a tomá remédio pra pressão. ”(Idoso 6, sexo masculino)

Para Maciel e Guerra (2005), os problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais podem ser fatores de riscos para sentimentos de fragilidade e insegurança, sendo ruim a percepção de saúde do indivíduo idoso. As doenças crônicas são fortemente associadas com a percepção de saúde dos idosos. Um maior número de doenças crônicas implica no aumento da probabilidade do idoso relatar uma percepção negativa de saúde (ALVES, RODRIGUES, 2005, GARCIA et al., 2005).

Segundo Faller, Teston e Marcon (2015) as doenças crônicas que acompanham o processo de envelhecimento, mesmo que não causem dependência, constituem um marco negativo na percepção de saúde do idoso. Essas percepções constituem reflexo de uma cultura “hospitalocêntrica”, que coloca em segundo plano as práticas de prevenção e de promoção da saúde.

Desse modo, pode-se inferir que a Geografia da Saúde teve início com a preocupação do homem pela saúde e sua relação com o espaço onde vive, oscilando ao longo da história de acordo com os focos de pensamento, métodos, inovações tecnológicas e a abordagem geográfica dos problemas de saúde das populações. Compreender o processo evolutivo do conceito de saúde nos remete a promoção de saúde, a atenção primária em saúde e a entender as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população, fatores que estão estritamente interligados com o campo da Geografia da saúde (SANTOS, 2001).

Paskulin e Vianna (2007) observaram que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades físicas do que a ser portador de doenças crônicas ou fazer uso de medicação. Agostinho et al. (2010) e Borges et al. (2014), salientaram que portadores de doenças crônicas, por vezes, não se percebem doentes, sobretudo por não apresentarem sintomas e por não serem, ainda, portadores de incapacidades ou não apresentarem, em dado momento, outras comorbidades.

Pelos relatos dos idosos percebe-se que o conceito de possuir saúde está relacionado a uma visão biomédica, evidenciado pela fala a seguir que entende a saúde como presença de doença. Possivelmente a marca da velhice está associada à doença. Provavelmente nesse entendimento não se concebe o envelhecimento sem doenças, sem presença de dor e sem perda da saúde.

“Nem tanta, não tô tão saudável como eu era antes, eu já fui bem melhor do que hoje né?! Talvez por tá na cadeira, né, (cadeira de rodas) todo esse tempo eu não tenha tanta saúde. Eu tenho diabete, eu tenho pressão não muito boa, então num sô uma pessoa saudável.”(Idoso2, sexo masculino)

Verifica-se que as falas dos idosos se relacionam à ausência de saúde, e ao uso de remédios, o que podem ser classificadas como concepções pertinentes a dimensão biológica da saúde. A condição de estar com saúde está relacionada às limitações impostas pela hipertensão ou pelo tratamento, pois requerem cuidados, vinculados à realização de exames e a um modelo médico-curativo. Nessa categoria, as respostas estão de acordo com os dados encontrados por Valer et al. (2015) que pesquisaram a atenção básica em idosos de Porto Alegre-RS, onde ter saúde também aparece como concepção biomédica, focada em tratamento médico.

Pode-se afirmar que a situação de saúde é muito sensível à situação geográfica dos lugares e regiões, considerando-se a complexidade dos fatores que influenciam o estado da saúde das pessoas e a relação destes com a forma como o território é usado em cada lugar. A identificação de diferentes situações geográficas contribui para dimensionar os desafios para a saúde no país (SANTOS 1985 e HAESBAERT, 2004).

Assim o conceito de saúde para o idoso é uma associação de múltiplos fatores. Desta forma, determinar se um indivíduo está ou não com saúde, é uma tarefa complexa. A saúde para os idosos é um fenômeno que varia para cada pessoa, de acordo com as experiências e condições de vida que cada um teve ao longo da vida (FERRETTI et al., 2011).

A percepção de saúde é subjetiva, e está diretamente dependente das experiências pessoais, dos objetivos e dos mecanismos que as pessoas utilizam para lidar com decepções e fracassos, podendo ainda estar relacionada com as condições físicas e com o comprometimento funcional do sujeito (FREITAS et al., 2010).

Nos relatos dos idosos é possível perceber que as doenças e os medicamentos estão presentes em seu cotidiano. É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de "estilos de vida saudáveis" é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica (BRASIL, 2006).

Em busca de melhorias e entendimentos da saúde a Geografia pode ajudar a resolver os problemas existentes na construção da promoção de saúde, para isso é necessário entender as relações entre ambiente, sociedade e território. Assim a Geografia deve contribuir com metodologias que permitam captar e analisar as condições de vida e as situações de saúde que possuem diferentes configurações nos lugares. Para tanto, são utilizados mapas, ferramentas de estatística espacial, entrevistas para entender a relação das pessoas com os seus lugares, registros fotográficos ou outra metodologia que permita compreender como esta relação

determina a forma como as pessoas se expõem a riscos, adoecem e são cuidadas ou não pelos sistemas de saúde (MONKEN et al., 2008).

A abordagem do território permite estabelecer as relações entre os territórios em diferentes escalas. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, e sua relação com os mecanismos territoriais, globais, políticas públicas, infraestrutura e econômicos). A partir de então, estabelecer a relação com os processos espaciais, sistema de saúde, entre outros (HAESBAERT, 2004, FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

A percepção de saúde dos idosos pode ser uma ferramenta para melhorar as condições de saúde e acesso aos serviços de saúde por parte desta população, independentemente da condição social. Ações que abordem os principais fatores determinantes da percepção de saúde podem contribuir de maneira significativa para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida (BORGES et al., 2014).

Nesse sentido, é importante conhecer a percepção de ter saúde desta população, pois a partir destes relatos e significados, será possível identificar fatores de risco que indicam uma maior ou menor vulnerabilidade e fazer o enfrentamento dessas questões, buscando estratégias que possam melhorar a autonomia, independência e conseqüentemente a qualidade de vida do idoso. Sabendo que a longevidade é marcada pela maior ocorrência de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, destaca-se que a ESF deve buscar o aprimoramento da atenção à saúde prestada a essa população, investindo no trabalho em equipe multiprofissional capacitada para atuar em conjunto com outros programas do MS, sobretudo pelo relato dos entrevistados que associam a saúde com atividade física (profissional de Educação Física), com alimentação (Nutricionista) e com saúde mental (Psicólogo).

5.2.3 TEMA 3 - Práticas necessárias para Ter Saúde

Este tema trata sobre a concepção dos idosos em relação às práticas necessárias para alcançar saúde, dessa maneira visando obter envelhecimento saudável e ativo, e, conseqüentemente melhoria na qualidade de vida. Nota-se que

para os entrevistados as práticas de saúde estão relacionadas a uma alimentação saudável, atividades físicas, ausência de vícios e vida tranquila.

As características ambientais, a dieta, os hábitos alimentares ao longo da vida, os fatores de risco, como o fumo, o álcool, a obesidade, o colesterol, dentre outros, têm repercussão sobre os aspectos fisiológicos e metabólicos do organismo envelhecido. No entanto, é possível buscar o envelhecimento saudável por meio da promoção da saúde e da prevenção das doenças, mantendo a capacidade funcional pelo maior tempo possível. A capacidade funcional no idoso está relacionada ao cuidado preventivo, a partir de um enfoque holístico da saúde, envolvendo alimentação, atividade física, atividade mental e equilíbrio emocional, incorporados no decorrer da vida (ALENCAR, BARROS JUNIOR, CARVALHO, 2008).

A ESF considerada de grande inserção social é dirigida pela lógica da territorialização, da vinculação, responsabilização e do olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estão inseridas as famílias e os indivíduos. Por essas características essa estratégia política tem o potencial de ruptura da lógica hegemônica do cuidado individual e desvinculado centrado na cura de doença. Pode ser analisado como um espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Devido ao seu potencial orientador do modelo de atenção vigente, incorpora em suas práticas o conceito positivo de saúde, a integralidade da atenção à saúde e a perspectiva da troca de saberes e fazeres com a comunidade a qual está vinculada (BRASIL, 2000).

O processo de territorialização, ou seja, habitar um território pode ser entendido segundo Saquet (2003) como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Dessa forma, caracteriza-se como um dos produtos sócio espaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura (EPC), que determina as diferentes territorialidades no tempo e no espaço - as desterritorialidades e as reterritorialidades.

5.2.3.1 Categoria 1 - Alimentação Saudável

Esta categoria está relacionada com a compreensão da importância de uma alimentação saudável e nas horas certas. Essa alimentação deve estar focada nas quantidades e nos horários em que os alimentos devem ser ingeridos, de modo a estabelecer uma vida com menores riscos possíveis de adoecimento.

“Uma das práticas principais é você ter um determinado controle, dormir bem, alimentar nas horas certas Uma das coisas mais pro cê ter saúde Não sei se atende a sua pergunta” (Idoso 1, sexo masculino).

A orientação nutricional segundo o MS (2009) deve ser um dos componentes da atenção à saúde desde o início da vida, uma vez que a alimentação saudável contribui para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças que possam vir com o passar dos anos. Os benefícios dessa orientação precoce serão visualizados na pessoa idosa, pois estas terão sua saúde menos comprometida, ou seja, terão maior preservação da capacidade funcional, maior independência física e mental e maior autonomia.

Entende-se que a alimentação saudável pode apresentar um enfoque específico na dimensão biológica, contudo este enfoque é um dos componentes que integram o conceito, e envolve uma complexidade de outras dimensões como sociais, econômicas, afetivas, comportamentais, antropológicas e ambientais. A promoção de uma alimentação saudável, de um modo geral, deve prever um escopo amplo de ações que inclui as pessoas em todas as fases do curso da vida, desde o início da formação do hábito alimentar, isto é, do nascimento a velhice (BRASIL, 2006, FARIA et al., 2013).

Nesse sentido, essa é uma categoria de valor tanto para os aspectos da saúde, quanto para Epidemiologia. A alimentação saudável pode ser considerada como um estado adequado de bem-estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades. É importante notar, contudo, que esse fator, por si só, não é suficiente para se ter saúde, mas atua de forma conjunta com outros fatores, como os relacionados a atividade física adequada, dormir bem, dentre outros (BRASIL, 2015).

No contexto geográfico de Saquet (2013) esta categoria caracteriza o território como lugar de relações sociais, de conexões e redes de vida, para além da produção econômica, como natureza, identidade e patrimônio cultural, como produção socioespacial e condição para o habitar, viver e produzir saúde.

Por sua vez, o território da valorização da boa alimentação na garantia da saúde revelou, nos discursos dos pesquisados, a existência de conhecimentos e práticas tradicionais sobre a alimentação. Os saberes sobre a alimentação são reinterpretados, com base em outras configurações culturais presentes na cultura das classes populares. O modo de alimentar sempre ultrapassa o ato de comer em si e se articula com outras dimensões sociais e com a identidade. As observações sobre uma alimentação adequada e as consequências do contato com o saber médico-nutricional nos sentimentos dos seus entrevistados levaram-nos à seguinte afirmação:

“O que eu tenho que fazer né num tem nada, é ter saúde ué, é alimentar bem e cuidá da saúde, fazer sempre fazer exame né pra vê cumé que tá” (Idoso 6, sexo masculino).

Esta fala provavelmente retrata o cuidado com a alimentação numa visão de entendimento biomédico do processo saúde/doença, ou seja, a preocupação é o não adoecimento. Cupertino et al. (2007) destacam forte associação entre alimentação saudável e visão biológica/metabólica, pautada nas recomendações científicas sobre ingestão de nutrientes necessários à vida e saúde.

A ingestão de alimentos saudáveis deve obedecer a regras práticas para manter um estado normal. Um ideal de alimentação único que independe do conjunto de representações, conhecimentos e práticas aprendidas e compartilhadas pelos indivíduos de um grupo social. Um ideal que ignora o sujeito, seu desejo, sua história de vida, seus prazeres cotidianos, afetos, compulsões e fobias, reduzindo-o a um ser que ingere calorias e nutrientes, esquecendo que a comida é símbolo de pertencimento familiar, cultural, social e existencial (CASTIEL, FERREIRA e MORAES, 2014).

As ações de saúde devem ser norteadas pelas especificidades do território, garantindo maior aproximação com problemas de saúde /comunidade. Cada território tem uma população, distribuída de forma não uniforme e que, em geral,

não escolheu a sua localização neste espaço. Conhecer o território torna-se primordial para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos de determinadas questões do processo saúde-doença na vida dos indivíduos. O planejamento territorial urbano pode tanto evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e criar uma estrutura ambientalmente saudável, quanto tornar mais eficaz a ação da saúde pública, promovendo serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que se destinam (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

Segundo Marques et al. (2007) o consumo de alimento e a ocorrência de enfermidades crônicas, estão associados, o que torna a nutrição um fator necessário para a prevenção e controle dessas doenças. Para Vinholes et al. (2009) os hábitos saudáveis de alimentação estão inseridos em estruturas culturais, econômicas e políticas, sendo necessária uma maior ênfase na promoção de políticas dirigidas aos determinantes desses hábitos.

Monken e Barcellos (2005) relataram que a promoção de hábitos saudáveis faz com que, principalmente em lugares onde os problemas de saúde das populações atingem grande visibilidade, seja desenvolvido um olhar que permita instrumentalizar o entendimento dos problemas de saúde e promover as soluções possíveis.

Para a manutenção de saúde na velhice é de grande importância a valorização do autocuidado e autonomia alimentar do idoso, para manter o estado nutricional adequado do mesmo. De forma específica, destaca-se a importância de uma alimentação saudável com um estilo de vida ativo (CERVATO et al., 2005).

Essas ações de alimentação saudável ou tecnologias de poder sobre a população correspondem a uma série de biopoderes que administram a vida, ou seja, um poder sobre o homem enquanto ser vivo, um poder de intervir para fazer viver, contínuo e científico. Não mais o poder organizado em termos de soberania, aquele em que tem entre seus atributos fundamentais o direito soberano de exercer sobre os súditos o poder de vida e de morte, que se tornou inoperante para manejar o corpo econômico e político de uma sociedade em vias de explosão demográfica e, ao mesmo tempo, de industrialização (KRAEMER, 2014).

Rial (1993) afirmou que no passado a alimentação se demarcava geográfica, temporal e simbolicamente, e as ocorrências alimentares separavam o tempo, estimulando a sociabilidade familiar, ou interrompiam a jornada de trabalho, marcando a comida os momentos cotidianos e não cotidianos. As formas de alimentação no mundo moderno e as mudanças nas práticas alimentares movem-se pela demarcação de novos espaços e velocidade.

As formas de alimentação, os produtos consumidos relacionam-se com os recursos locais, as características do clima e dos solos, ou seja, com o território, as formas de produção, a agricultura, a pecuária e também as formas de armazenamento e comércio. Relacionam-se ainda com os conhecimentos, com as práticas culinárias inscritas em todo o contexto socioeconômico determinado. Em outros termos, a alimentação pode ser entendida como um dos elementos que contribuíram para formação de identidade, mediante a constatação da diferença (HAESBARET, 2004).

5.2.3.2 Categoria 2 – Atividade Física

Esta categoria aborda na concepção do idoso o tipo de práticas necessárias para alcançar saúde. Para Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001) a atividade física é parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde, e a prevenção, ou minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento humano além das medidas gerais de saúde, incluem a atividade física. De acordo com Shephard (2000) o mínimo de atividades físicas pode gerar benefícios para os indivíduos idosos, pois a prática de atividade física orientada e realizada regularmente aumenta a expectativa de vida, reduz as taxas de morbidade e mortalidade, assim como o número de medicamentos prescritos.

Verifica-se que na concepção dos idosos os aspectos relacionados à prática de exercícios físicos, como a caminhada e a ginástica podem melhorar sua qualidade de vida. Pôde-se observar que estes indivíduos demonstraram ter conhecimento sobre os benefícios que a prática de exercícios físicos pode proporcionar para sua saúde.

“O que eu acabei de fazer de amanhã, 10 volta na lagoa lá todo dia. Sim senhora, e vou andando, não vou de carro, não vou de moto, e tenho, mas vou andando. Chego lá 7 horas e dou dez voltas uma hora e dez, uma hora e cinco, dou dez volta lá e venho embora, quer dizer que eu gasto 2 horas todo dia de manhã nessa brincadeira.” (Idoso 5, sexo masculino)

Ressalta-se que as atividades físicas provavelmente podem proporcionar benefícios biopsicossociais provenientes de sua prática, como ainda a compreensão das mudanças de comportamentos individuais e/ou coletivos para a adesão e manutenção dessas atividades. Para os idosos a atividade física está relacionada ao bem-estar, melhoria da saúde, viver bem. Neste sentido, a atividade física na velhice mostra-se promissora em despertar no idoso a manutenção da saúde e interação com o meio.

Os benefícios da atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados, pois envolvem questões biológicas, psicológicas e sociais. A atividade física propicia um melhor funcionamento corporal, diminuindo perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência, melhorando o controle da pressão arterial e qualidade do sono, amplia contato social, e pode ocasionar correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas, diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da autoestima. Assim, a inatividade física pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas, associadas à dieta inadequada e uso do fumo (BRASIL, 2006).

Entende-se que de saúde física, boa condição é um fator significativo para a diminuição da angústia, favorece a integração social e a autoestima. Daí a importância da atividade física regular para idosos, pois ela é fator importante na promoção da capacidade de adaptação física e psicológica (LOPES, 2012). A prática de atividade física para os idosos é percebida como autocuidado com a saúde. Os relatos demonstram que os idosos conseguem identificar os benefícios do exercício físico para a manutenção da saúde na velhice e melhoria de seu bem-estar.

Neste contexto, os idosos que participaram da pesquisa atribuíram os exercícios físicos à saúde e ao fato da pessoa se cuidar, o que leva a um envelhecimento saudável. Percebe-se que eles não citam o convívio com a sociedade, o que caracteriza um grupo carente de informações e que buscam o isolamento social, território de exclusão.

Sugere-se que a prática de atividade física para idosos possa ser uma estratégia eficaz na melhoria de sua qualidade de vida, por aprimorar sua capacidade funcional, e aumentar sua disposição para atividades do cotidiano. A implementação de políticas públicas que possibilitem a inclusão de idosos em atividades físicas, de lazer, disponibilizem espaços de convivência e socialização, além do acesso aos serviços de saúde poderiam contribuir para um envelhecimento mais saudável, com autonomia e independência.

O território pode ser entendido como um espaço composto por múltiplos lugares. O significado de cada lugar é dado por seu uso. Existem lugares para amar, adoecer, curar, nascer, viver, trabalhar e lutar. A apropriação do território por parte dos sujeitos e a consequente identificação de cada um desses lugares, suas particularidades históricas e políticas permitem aos indivíduos um maior controle na gestão dos serviços, bem como sobre as condições que interferem em seu processo saúde-doença. O território é, portanto, um espaço de aprendizado e cidadania (MENDES e DONATO, 2003).

Para a OMS (2006) a probabilidade de um indivíduo e/ou comunidade ser fisicamente ativa está relacionado à influência da análise de fatores individuais, micro e macro-ambientais. Nos fatores individuais, as atitudes em relação à atividade física, o acreditar na sua própria possibilidade de ser ativo ou o conhecimento de oportunidades no dia a dia, pode influenciar a probabilidade de ser ativo ou de alguém tentar novas atividades. Os ambientes incluem a ligação do ambiente onde se vive e se trabalha, bem como o suporte das normas sociais e das comunidades locais. Os fatores macro ambientais incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

“Pra ter saúde? Que coisa que cê fala? ... uma ginástica, exercício físico, é...tipo caminhada, essas coisas assim. Uma ginástica, uma... fazer igual eu tô indo pra fazê agora ne.”(idoso 7, sexo feminino)

O poder público, ao planejar suas ações de saúde para as populações específicas pode estender, através do território, seu campo de atuação formal sobre os espaços. Territorializando as condições concretas de vida e de saúde de

grupos populacionais, possibilitará a elaboração e qualificação de práticas de saúde realmente promotoras de melhor qualidade de vida (CAMPOS, 2011).

Espaços públicos como parques e espaços comunitários são transformados em áreas de democratização da educação em saúde, e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ecológica, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” da população para hábitos mais saudáveis. A atividade física tem sido considerada importante componente de um estilo de vida saudável devido, particularmente, a sua associação com diversos benefícios para a saúde física e mental (MOYSES et al., 2004).

5.2.3.3 Categoria 3 - Hábitos Saudáveis de Vida

Nesta categoria estão representadas as práticas/comportamentos e hábitos considerados pelos idosos necessários para ter saúde. Os hábitos saudáveis incluem atividade ocupacional prazerosa e mecanismos de atenuação do estresse; ausência de tabagismo, alcoolismo e uso de drogas.

Para Albuquerque (2001) os hábitos e comportamentos considerados como fatores causais ou protetores para essas doenças ou eventos, tais como fumo, alimentação, agentes tóxicos, uso de preservativos entre outros parecem circular de forma diferenciada em grupos populacionais. Essa abordagem, portanto, possibilita distinguir níveis e perfis de risco e de vulnerabilidade decorrentes das desigualdades sociais.

Infere-se que a abordagem do território da saúde nessa perspectiva de hábitos de vida saudáveis permite estabelecer as relações entre as diferentes territorialidades. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, educação) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, e esses com processos afetivos. Pode-se aqui usar do termo multiterritorialidade para focar o sentimento dos atores sociais entrevistados.

Ainda sobre hábitos saudáveis pode-se dizer que nesse espaço existem diferentes fatores que são usados para facilitar a vida das pessoas como: sua casa,

seu local de trabalho, um lugar para encontrar os amigos, para comprar alimentos, um local para caminhar. É possível perceber que os lugares estão sempre se transformando, e essas transformações podem ser mais harmoniosas ou mais conflituosas. Isso porque nem todos são iguais. Cada um vive de um modo, tem um tipo de trabalho, tem uma relação com o ambiente. No mesmo lugar existem diferentes atores sociais que têm diferentes interesses e forças políticas. Para uns, o lugar deveria ser de uma maneira, e para outros ele deveria ser de outra (HASBAERT, 2004).

O estilo de vida adotado durante a fase de desenvolvimento humano está intrinsecamente ligado com uma velhice saudável. Portanto, o ter cuidado de si visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças são arcabouços para as conquistas do envelhecimento bem sucedido. Sentir-se feliz, alegre, de bem com a vida e consigo mesmo é fundamental e singular na fase do envelhecimento, pois alcançar a terceira idade com aspectos psicológicos elevados, otimismo, controle pessoal, autoestima elevada permitirá uma maior segurança e confiança para viver a última fase do ciclo vital (SILVA et al., 2011).

*“Exercício físico, é.. tipo caminhadas, essas coisas assim, quando é possível e uma alimentação saudável né? Dormir bem, é.. não fumar, não bebe, faz parte de prevenção pra saúde, pra uma boa saúde, é o que eu acho. Convívio também com as pessoas. Eu acho que isso é o essencial né? Eu acho que o essencial é você também tá procurando o médico pra que ele vai dizer o quê que né, deve fazer ou não, entendeu. Pra que você tenha boa saúde eu acredito que seja isso”
(Idoso 2, sexo masculino).*

As falas demonstram que os idosos pesquisados tem uma preocupação em manter rotinas de cuidado. Para os entrevistados, as práticas de saúde estão associadas a uma vida regrada, o que para eles significa possuir hábitos de vida, como não ter vícios e nem cometer exageros. Associam a saúde ao fato de não terem vícios, julgam que vícios, como bebida alcoólica e fumo, prejudicam a saúde e podem diminuir a expectativa de vida.

A categoria hábitos saudáveis de vida representa de maneira sintética as relações variantes que produzem, otimizam e/ou condicionam os estados de saúde ou doença nas populações. O elemento espaço torna-se essencial para a análise e o entendimento dessa relação. O conceito espaço foi tratado pelos geógrafos humanistas com o significado de espaço vivido (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

Nesse sentido o espaço passa então a ser concebido a partir dos sentimentos e experiências do indivíduo habitante desse espaço.

Os hábitos saudáveis incluem alimentação balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional prazerosa e mecanismos de atenuação do estresse. Tabagismo, alcoolismo, automedicação são hábitos nocivos a serem desestimulados. É ressaltada a importância de processos informativos e educativos continuados no SUS e campanhas para estimular comportamentos saudáveis.

O estilo de vida está representado no conjunto de propriedades que cercam os indivíduos estudados: um padrão do sono preservado, atividade física adequada, bons hábitos como não fumar, não fazer uso de bebidas alcoólicas e drogas. Igualmente, os estilos de vida estão representados nas práticas em que se manifestam suas distinções, por exemplo, as distrações culturais e sociais como o gosto, propensão e aptidão à propriedade material e/ou simbólica de uma categoria de objetos ou práticas (PAREJA et al., 2016).

Segundo Néri (1998), o envelhecimento bem-sucedido, consiste na ideia básica do conceito de velhice, com manutenção dos níveis habituais de adaptação do indivíduo, o que requer muitas vezes a mudança de hábitos e a correção de alguns vícios que podem impedir o envelhecer com saúde. A literatura comprova que deixar o vício do fumo representa, para o idoso, melhorias significativas nas condições de saúde, inclusive uma provável diminuição do risco de perda da capacidade cognitiva e doença de Alzheimer.

“... Tem muita coisa né? Pode evitar muita coisa né? Cigarro, e bebida, tudo pode ser evitado né, alimentação também né? Tudo pode ser evitado” (Idoso 9, sexo feminino).

Os idosos da pesquisa relataram ainda que não ter vícios também pode prevenir um envelhecimento com doenças. Para eles o cigarro, a bebida, e demais vícios atrapalham e impedem o envelhecimento saudável. Isso considerando que o alcance do envelhecimento com saúde depende de um conjunto de elementos, e que deixar os vícios, pode ser o primeiro passo.

Vilela (2016) estudando a percepção de idosos quanto ao envelhecimento bem-sucedido verificaram que os mesmos acreditam que vícios, como fumo e bebida atrapalham muito a idade saudável. A mudança dos hábitos prejudiciais à saúde poderá ajudá-los a chegar a uma velhice saudável, a partir da concepção de envelhecimento bem-sucedido e de como ele se preparou para esta fase do seu curso de vida. Os idosos reconhecem que a mudança de hábitos tem um caráter de fundamental importância para o processo de envelhecimento, visto que sem mudar hábitos seria impossível preservar a saúde psicológica, biológica ou social.

Nesse sentido as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma possível aproximação com a produção social dos problemas de saúde nos diversos lugares onde a vida acontece.

5.2.3.4 Categoria 4 - Vida Tranquila

Essa categoria aborda o entendimento dos idosos em relação à prática de saúde estar relacionada à tranquilidade e ausência de preocupação.

“Precisa de muita coisa né? Tem que ter tranquilidade, ter a vida mais, mais.. Regrada, saber como alimenta, como vive né? Porque aí se a gente tano assim a gente tá viveno uma vida, uma saúde mais melhor né? O que eu acho é assim né? Eu sinto assim, quando eu tô bem, graças a Deus, eu fico feliz, porque aí eu levanto de manhã com disposição, né, de fazer minhas coisas.” (Idoso 3, sexo feminino)

“É, prática assim como cê fala? Ué, eu acho que é cuidar bem mesmo da alimentação, fazer exercício e não ter muita preocupação, muita aflição com muita fadiga. Sabe essas coisas assim eu acho que faz bem pra saúde, ter mais tranquilidade.” (Idoso 10, sexo feminino)

Percebe-se nas falas a valorização de ser e estar mais tranquilo, sossegado. Enfatiza a importância de estar de bem com a vida, pois a alegria representa a motivação para eles. As falas destacaram que a ausência do estresse está relacionada ao bem-estar e boa saúde. Os idosos mostraram que tem consciência da importância de viver bem, tranquilo e sem stress, ainda aborda sobre os benefícios que são apontados como qualidade de vida e por consequência, a longevidade.

Vê-se que uma compreensão integradora de saúde é semelhante a abordagem ampliada de território, ambos são fundamentais para abranger, abordar e planejar ações assistenciais envolvendo a vida tranquila. Convém salientar que Gondin et al. (2008), afirmam que quanto maior a identidade entre a população e seu território, mais facilmente podem ser elaborados os diagnósticos e o planejamento das ações de saúde. A situação de saúde não é um atributo só de um indivíduo e nem das unidades espaciais em si. Ela é o resultado da relação de atores sociais com seu território.

Percebe-se como importante a percepção dos discursos que atravessam os dizeres dos entrevistados, caracterizando as mudanças e permanências do território e a relação entre a prática de saúde. O espaço vivido pressupõe o espaço físico e o corpo dotado de sentidos, o simbólico que diz respeito à saúde, e o imaginário a quem atribuí um modo singular da experiência vivida. A saúde está muito mais associada como se vive do que às características físicas do território. O pertencimento ao lugar, topofilia, é tributário do sentimento de proteção e identificação com o lugar, a experiência que estabeleça significado e sentido ao espaço ascende-o à condição de lugar (TUAN, 1983).

Para Santos (1996) o conceito de território em uso, ou território vivo, assinala importantes aspectos a serem considerados na construção de ações territorializadas de promoção da saúde, uma vez que buscam ampliar a compreensão das relações humanas com o espaço local ocupado, sua complexidade e historicidade, definidos na interação tempo-espaço. A produção social do contexto local está desta forma, intimamente relacionada ao cotidiano da população e às relações sociais dinâmicas, muitas vezes influenciadas por relações de poder de dominação e apropriação deste espaço. Assim, princípios e valores da promoção da saúde ligados, por exemplo, ao empoderamento comunitário e ao favorecimento da participação, bem como o desenvolvimento de ações intersetoriais focadas na equidade, devem ser contextualizados na dinamicidade das relações vividas no espaço local.

Compreender essas relações torna-se fundamental para pensar em intervenções que priorizem situações de risco, vulnerabilidades e exclusões pessoais e sociais, que podem intervir nas condições de saúde dessa faixa etária. Observa-se que esse território envolve relações sociais que constroem

vínculos/identidades, sentimento de pertencimento, relações de poder, e outras relações que constituem a formação de um território (MONKEN e BARCELLOS, 2008).

Nestas propostas, o território é compreendido como um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente e com relações socioeconômicas e culturais a desvendar e em permanente processo de construção de relações, poderes, práticas e sentidos entre os diversos atores sociais, expressando contradições e conflitos e modos distintos de vida (OLIVER et al., 2001).

Neste contexto os recursos e suas regras de uso referem-se às condições materiais necessárias à subsistência humana, relacionadas à habitação, trabalho e renda, alimentação, saneamento básico, recursos sociais, econômicos e culturais, dos serviços de saúde e de educação, de opções de lazer e de organização sociopolítica (SANTOS e BARCELLO, 2006).

Boas condições de saúde física têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e estão relacionadas a altos níveis de integração social e de autoestima. Daí a importância de uma vida saudável para idosos, pois ela é fator importante na determinação das condições que promovem o aumento de sua capacidade geral de adaptação física e psicológica (SANTANA, 2010).

Condições de saúde que na perspectiva do território, cabe reconhecer os processos produtivos nele instalados, bem como os que se situam em seu entorno, ou mesmo remotamente, e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos entrevistados. A territorialização é um processo de “habitar um território” (TUAN, 1980).

O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, entendê-lo, conhecê-lo em suas várias formas, torná-lo seu, empoderar do espaço, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se, detectando as alterações de comportamento e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, educacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (ALMEIDA et al., 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde (APS) se concretizou como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde. Deste feito, torna-se relevante avaliar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e qualidade de vida. Assim, a APS exerce um papel efetivo na promoção do envelhecimento saudável, visto que está efetivamente envolvida na gestão da saúde dos idosos, no diagnóstico e no manejo de suas multimorbidades e na prevenção de fatores de risco para doenças crônicas.

Assim, a avaliação é um método útil para apontar caminhos para a melhoria da qualidade do serviço de saúde, mas esta não pode por si só responder a todos os questionamentos, pelo contrário, os resultados podem, inclusive, gerar novas questões avaliativas. Com essa compreensão, e levando-se em conta que existem poucos trabalhos na literatura brasileira (Araújo et al., 2014 e Dotto et al., 2016) utilizando o PCATool-Brasil versão adulto para avaliar a APS na perspectiva dos idosos, esta pesquisa busca fornecer informação útil para a gestão do sistema de saúde para esta população. Além disso, está em conformidade com uma das diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que reforça a importância de estudos que visem promover melhorias aos serviços ofertados.

Os idosos participantes desta pesquisa eram em sua maioria do sexo feminino, casados, com baixa escolaridade, aposentados, moravam com cônjuges ou filhos e declararam receber em média 1,3 salários mínimos (DP=0,8). Considerando os indicadores de saúde, constatou-se que a maioria dos idosos pesquisados nos últimos 06 meses, realizou de 1 a 3 consultas no SUS, usou pelo menos um medicamento diariamente e declarou possuir pelo menos uma doença diagnosticada.

Deste modo, presume-se que o sistema de saúde precisa ser remodelado para enfrentar os desafios da multimorbidade e do processo de envelhecimento. Para isso, é preciso superar o sistema fragmentado vigente no Sistema Único de

Saúde (SUS) e explorar o potencial da APS na gestão do cuidado dos idosos e na organização das redes de atenção.

Tendo em vista o objetivo desta pesquisa que foi avaliar o atributo *Coordenação do serviço* na APS, foi possível identificar bons escores tanto neste atributo, como em suas *dimensões Coordenação do serviço – Integração de cuidados (E) e Coordenação do serviço – Sistema de informações (F)*. Concluiu-se que os idosos pesquisados avaliaram de uma forma relativamente positiva a *Coordenação do serviço*, porém observou-se uma deficiência no acompanhamento e no controle da qualidade dos serviços prestados, bem como uma carência deste grupo populacional em ter autonomia na informação. Ressalta-se que o serviço de saúde necessita estar sincronizado, de modo que possa haver transferência de informações sobre o paciente, com disponibilidade de registros de fácil entendimento para qualquer profissional.

Considerando ainda, os escores das *dimensões E e F*, observou-se que nenhuma variável demográfica, nem indicador de saúde demonstrou estar associado de forma estatisticamente significativa com o escore da *dimensão E*. Contudo, a procedência (bairro de origem do idoso) evidenciou associação significativa com o escore da *dimensão F*.

A análise qualitativa dos dados permitiu identificar a percepção dos idosos sobre sua saúde a partir de temáticas que ajudaram a identificar categorias que, na perspectiva do idoso, conceituaram saúde como bem-estar físico e emocional; associaram o possuir saúde, a presença e ausência de saúde; e destacaram como práticas de saúde uma alimentação saudável, atividade física, hábitos saudáveis de vida e vida tranquila.

Concluiu-se que os idosos consideram sua saúde de forma fragmentada, de acordo com suas vivências na atenção à saúde e necessidades, e destaca-se que presumivelmente o modelo assistencial e o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF ainda estão estruturados focalizando a doença. Observa-se o entendimento do idoso de que a saúde é construída historicamente, pela forma com que cada um cuida de si ao longo da vida, bem como de que forma constrói o convívio. Conhecer e analisar esta percepção pode ajudar no

desenvolvimento da atenção integral a esta população, bem como favorecer a melhoria da sua qualidade de vida.

Portanto, o território da APS onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica, social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. Com meta de prevenção de riscos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações buscando melhoria na qualidade de vida.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Pode-se reconhecer como limitação deste estudo, que todos os idosos pesquisados eram usuários do SUS, portanto contemplando apenas a experiência dos idosos assistidos nas ESF, que possivelmente está vinculada à suas necessidades, mascarando uma visão mais ampla da realidade brasileira. Considera-se ainda que a avaliação ocorreu em um único município, mas que a carência de estudos sobre o tema destaca a relevância deste estudo em outros territórios.

Este estudo possibilitou conhecer a avaliação do idoso em relação à *coordenação do serviço*, com isto criando oportunidade de subsidiar gestores da ESF do município de Governador Valadares a aprimorar a efetividade dos serviços e buscar a garantia de equidade na sua oferta. A *coordenação* pode trazer como vantagens a melhoria da identificação dos problemas de saúde e melhor adesão aos tratamentos.

Por fim, pesquisas futuras, que busquem avaliar os serviços de APS, considerando os atributos essenciais e os derivados com base na experiência de usuários e gestores, podem contribuir na implementação efetiva de políticas públicas, por meio de medidas que priorizem a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a manutenção da autonomia e da capacidade funcional, por meio de uma educação em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, M.R et al. Auto percepção de saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 5, n.17, p. 9-15. 2010.

ALBUQUERQUE, G. D. F. B. D. **Alternativas alimentares: uma revisão na literatura**. 2001.

ALENCAR, M. D. S. S. JÚNIOR, B. DE OLIVEIRA, F. CARVALHO, C. M. R. G. D. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. **Rev. Nutr**, v. 2, n. 4, p. 369-381. 2008.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 3, n. 1/3, p. 4-20, 2000.

ALMEIDA, E. ALBUQUERQUE, M. Território usado e lugar na promoção da saúde. **encontro de geógrafos da América latina-egal**, v. 10, p. 404-416, 2005.

ALMEIDA, E. R. MOUTINHO, C. B. LEITE, M. T. S. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 389-402, 2016.

ALMEIDA, L. C. Atributos da Atenção Primária: perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Renome**, v. 4, n. 2, p. 04-18, 2016.

ALMEIDA. C, MACINKO J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2006.

ALMEIDA. M. G. Fronteiras, territórios e territorialidades. **Revista da ANPEGE**. v. 2, n. 2. p. 103-114. 2005.

ALVARENGA, M. R. M. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1046-1051, dez. 2010.

ALVES, L.C, RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.17, n. 5/6, p. 333-41. 2005.

ALWAN, A. MACLEAN, D. R. RILEY, L. M. ESPAIGNET, E. T. MATHERS, C. D. Stevens, G. A. Bettcher, D. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376 n. 9755, p.1861-1868. 2010.

ANDRADE, S. R. Pacto pela vida: da gestão à prática do cuidado em saúde e enfermagem: revisão narrativa. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 2, p. 254-259, 2012.

ARANTES, R. C. MARTINS, J. L. A., LIMA, M. F. ROCHA, R. M. N. SILVA, R. C. D. VILLELA, W. V. (2) Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev APS**, v. 11, n. 2, p. 189-98, 2008.

ARAÚJO, J. P. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. **Acta Paul. Enferm.** [online]. v. 27, n. 5, p. 440-446. 2014.

ARAÚJO, L. U. A. SILVA, G. Z. A. NASCIMENTO, F. L. A. OLIVEIRA, H. F. V. AZEVEDO, W. M. A. JÚNIOR, H. J. B. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8. 2014.

ARAÚJO, R. L. MENDONCA, A. V. M. SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate** [online]. v. 39, n. 105, p. 387-399. 2015.

AREOSA, C. VIRGINIA. S. Relações sociais e familiares do idoso atendido pela UNISC. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. supl. 1, 2012.

ASCARI, R. A, COMIRAN, D. F, FARIAS, A. A. P. FERREIRA, L. E. A. **Estud. interdisciplinar. Envelhecimento.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 103-119, 2015.

BACKES, M. T. S. ROSA, L. M. D. FERNANDES, G. C. M. BECKER, S. G. MEIRELLES, B. H. S. SANTOS, S. M. D. A. D. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.1. 2009.

BARA, F.V. M. PAZ, E. P.GUIMARÃES, R. SILVA, B. GAMA, B. B. MORATELLI, L. (Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde-PCATool-Brasil versão adulto-para população idosa. **Cadernos Saúde Coletiva.** v. 23, n.3, p. .2015.

BARBARO, M. C. LETTIERE, A. NAKANO, A. M. S. Prenatal care for adolescents and attributes of primary health care. **Revista latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p.108-114.2014.

BARBOSA, R. **Doenças e Agravos não Transmissíveis, Multimorbidade e Índice de Massa Corporal em Idosos.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2015.

BARBOSA, T.F. K OLIVEIRA, R. L.M, FERNANDES, F. G. M. caracterização sociodemográfica e clínica de idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, V.9, n.10. 2015.

BARCELLOS, C. D. C. SABROZA, P. C.BPEITER, P. ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEZERRA, T. A, DE BRITO, M. A. A, COSTA, K. N. F. M. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

BOING, A. F. MATOS, I. B. ARRUDA, M. P. D. OLIVEIRA, M. C. D. NJAINE, K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Vol. 56, n. 1 p. 41-46. (2010).

BOLETIM. **Pesquisa por Amostra por Domicílio Minas Gerais (PAD-MG): indicadores de despesas**, ano 1, n. 2, fev. 2012. Disponível em: <http://fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/pad/502-boletim-pad-7-dezembro-19-11-2014-site-2/file>. Acesso em 14 de janeiro 2016.

BORGES, A. M. SANTOS, G. KUMMER, J. A. FIOR, L. MOLIN, V. D. WIBELINGER, L. M. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.17,n. 1, p.79-86. 2014.

BORGES, A. M. SANTOS, G. KUMMER, J. A. FIOR, L. MOLIN, V. D. WIBELINGER, L. M. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.17,n.1,p. 79-86.2014.

BRAGA, I. B. A percepção do Idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. Id on Line **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 9, n. 26, p. 211-222, 2015.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. Acesso em 12/03/2016. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>.

_____. **Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos**, Ginebra, 1984. Informe.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. v. 2 – Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____**Declaração de Alma-Ata.** Conferência internacional sobre Cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 12-03-2016.

_____**Decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996.** Programa Nacional do Idoso (PNI).

_____**Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-americana de saúde, 2005.

_____**Envelhecer bem deve ser prioridade global**?. 2014. Disponível em <http://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global-2/>, January. Acesso em 13/02/2016.

_____**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.** Acesso 02 março 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

_____**Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. 2.^a ed. rev. Brasília, Ministério da Saúde, p.70.2007.

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção Básica _ HIV/Aids, Hepatites e Outras DST.** Brasília, 2006.

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Residências Multiprofissionais em Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família,** Brasília, n. 10, 2006.

_____**Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996. Política Nacional do Idoso.** 2. ed. Brasília, p.32, 1998.

_____**Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança.** Brasil, 2009b.

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.**

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool - Brasil.** Brasília, DF, 2010.

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da**

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, v.84 p. 84. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool Pcatool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, p.80, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, p.64 2015.

_____. Ministério do Planejamento. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Síntese de indicadores (PNAD), p.288, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Secretaria Executiva** – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20-24.2010. 41 f. Disponível em:http://www.muz.ifsuldeminas.edu.br/attachments/307_atendimento%20humanizado%20ao%20idoso.pdf>. Acesso em: 15 Julho. 2016.

BRITO F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.** São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

BURITY, V. FRANCESCHINI, T.VALENTE, F. RECINE, E. LEÃO, M. CARVALHO, M. D. F. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: Abrandh. 2010.

BRUNELLI, B. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de

São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

CÂMARA, A. M. C. S, MELO, V. L. C, GOMES, M. G. P., PENA, B. C. SILVA, A. P. D. OLIVEIRA, K. M. D. VICTORINO, L. R. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.**[online], 36, p. 40-50. 2012.

CAMPOS, E. C. S. Território e gestão de políticas públicas: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde–SUS. **jornada internacional de políticas públicas**, v. 5, 2011.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Health care in Canada, 2011: a focus on seniors and aging**. Ottawa: CIHI, 2011.

CANDIDO, H. H. D. DREHER, M. T. governança pública: uma leitura acerca dos indicadores subjetivos de qualidade de vida. **revista sociais e humanas**, v. 26, n. 1, p. 179-196, 2013.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CARNEIRO, L. A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro** [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013.

CARNEIRO, M.S.M, MELO, D.M.S, GOMES J.M, PINTO F.J.M, SILVA M.G.C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**. V.38, p.279-95.2014.

CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: Sérios desafios para as políticas públicas. **Rev Bras Estud Popul**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan. /jun. 2006.

CARVALHO. M, D. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacio CLAVAL, Paul. O território na transição pós-modernidade. **GEOgraphia**, v. 1, n. 2, p. 7-26, 2009.al de Saúde, 2013. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, 2016.

CASTIEL, L.D. FERREIRA, M.S. MORAES, D.R. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, Biopolítica e crítica parresíasta. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n.5, p. 1523-1532, 2014.

CERVATO, A. M. DERNTL, A. M. LATORRE, M. D. R. D. D. MARUCCI, M. D. F. N. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Rev. nutr**, V.18, N.1, p.41-52. 2005.

CHOMATAS, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v. 8, n. 29, p. 294-303, out-dez. 2013.

CLAVAL, P. O território na transição pós-modernidade. **Geographia**, v. 1, n. 2, p. 7-26, 2009.

COTTA, R. M. M. BATISTA, K. C. S. REIS, R. S. SOUZA, G. A. D. DIAS, G., CASTRO, F. A. F. D. Alfenas, R. D. C. G. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, V. 14, n.4, p.1251-1260. 2009.

COSTA, J.S.D. REIS, MC. SILVEIRA, F. C.V.LINHARES R.S, PICCININI F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. **Rev Saúde Pública**. V.42, n.6, p.1074-84.2008.

COSTA, N. R. C. D. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica/health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in primary care. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 2016.

CUNHA, M. I. Os conceitos de espaço, lugar e território nos processos analíticos da formação dos docentes universitários. **Educação Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 3, p. 182-186, set./dez. 2008.

CUPERTINO, J. A. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 20, n. 1, p. 81- 86. jan-fev. 2007.

DESTRO, J.R. Boing, A. F. Orsi, E. Fatores associados à realização de consultas médicas por idosos no sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, jul-set, 201, p. 692-704. 2014.

DONABEDIAN A. **The quality of care. How can it be assessed?** Arch Pathol Lab Med. Nov; v.121, n. 11, p. 1145-1150. 1997.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993.

DONABEDIAN, A., 1980. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome**. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), v. n. I, p. 77-125, 1980.

DOTTO, J. ÁVILA, C. G. A. MARTINS, A. B. HUGO, F. N. D'AVILA, O. P. HILGERT, J. B. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 23-30, jan./abr. 2016.

DUARTE, L. R. GIANINI, R. J. FERREIRA, L. R. CAMARGO, M. A. D. S. GALHARDO, S. D. Hábitos de consumo de medicamentos entre idosos usuários do SUS e de plano de saúde. **Cad Saúde Colet**, -v. 20, n. 1, p. 71, 2012.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, DC, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, fev./mar. 2007.

FALLER, J. W. TESTON, E. F. MARCON, S. S. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 128-137.2015.

FARIA, R. M. BORTOLOZZI, A. A territorialização como proposta para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS: análise de uma prática geográfica da saúde. **Rio Claro, Geografia**, v. 37, n. 3, p. 431-444, 2012.

FARIA, R. M. BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega-O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, 2009.

FERRETTI F, Nierotka RP, Silva MR. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface – Comunic Saúde**, Educ.v.15, n. 37, p. 565-72. 2015.

FERRETTI, F. Nierotka, R. P, Silva, M. R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 565-572, abr./jun. 2011.

FIGUEIREDO, E. N. D. Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. São Paulo: Curso de Especialização em Saúde da Família – UMA SUS|UNIFESP, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidade_des_conteudos/unidade05/unidade_05.

FIGUEIREDO, T. M. R. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.5, p.825-831, set. 2009. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org>. Acesso em: 24 de novembro de 2016.

FLECK, M.P.A. **A Avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artemed, 228p. 2008.

FLORES, L.M. MENGUE, S.S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**.v.39, n.6, p.924-929.2005.

FONSECA, A. F; CORBO, A. M. A. **O Território e o Processo Saúde-Doença – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz**, 2007.

FONSECA, M. G. U. P. et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159- 165, 2010.

FORTIN, M. Métodos de amostragem. In FORTIN, M. **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**, Lusociência, Loures, p. 201-214. 2003.

FRACOLLI, L. A. MURAMATSU, M. J. GOMES, M. F. P. NABÃO, F. R. Z. **Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo–Brasil**. Mundo da Saúde, São Paulo v. 39, n.1, p. 54-61, 2014.

FREITAS, D. H. M, CAMPOS, F. C. A, LINHARES, L.Q, SANTOS C.R, FERREIRA, C.B, DINIZ, B.S, TAVARES,A. Autopercepção de saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev Psiq Clin.** v.37, p 32-5. 2010.

GARCIA, M. A. A. CARVALHO O, A. P. SOUZA, C. S. FRIGÉRIO, R. M. MERLIN, S. S Senior citizens in the limelight: the discourses of illness. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p.537-52, set/dez. 2005.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, M. R. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 235-243, out-dez. 2013.

GONÇALVES, M. R. Harzheim, E. Zils, A. D. A. Duncan, B. B. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** v. 8, n. 29, p. 235-243.2013.

GONDIM, G. M. D. M. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. D., et al. **Território, Ambiente e Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 237-255. 2008.

GONDIM, G.MONKEN, M. ROJAS L.I.BARCELLOS, C.PEITER, P.; NAVARRO, M.B.M. A.GRACIE, R. O território da Saúde: **A Organização do Sistema de Saúde e a Territorialização.** In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; et al., org.Território, Ambiente e Saúde; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.237-255. 2008.

GOTARDELO, D. R.FONSECA, L. S. MASSON, E. R.LOPES, L. N., TOLEDO, V. N.FAIOLI, M. A. ANDRADE, R. B. L. Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p.111-118. 2014.

GOTTLIEB, M.G.V. Envelhecimento no Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2 p. 365-380, dez. 2011.

GOTARDELO, D. R. FONSECA, L. S., MASSON, E. R. LOPES, L. N. TOLEDO, V. N. FAIOLI, M. A. ANDRADE, R. B. L. Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9,n. 31, p.111-118. 2014.

HAESBAERT, R. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. **Porto Alegre, 2004.**Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina.** São Paulo, USP, 2005.

_____ O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: **Bertrand Brasil.** p. 400, 2005.

_____. O território em tempos de globalização. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas**. 15 de Agosto de 2007, v. 1, n. 2 Disponível em: http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_2_4.pdf. Acesso em: 10 de dezembro. 2015.

HARZHEIM, ERNO, Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública [online]**. v. 22, n.8, p. 1649-1659, 2006.

HARZHEIM, E. OLIVEIRA, M. M. C. AGOSTINHO, M. R., HAUSER, L. STEIN, A. T. GONÇALVES, M. R., Starfield, B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274-284. 2013.

HEIDRICH, A L. “Territorialidades de exclusão e inclusão social”. In: REGO, N. MOLL, J. AIGNER, C. (Orgs.) Saberes e práticas na construção de sujeitos sociais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 21-44. 2006.

IBANÊZ N,ROCHA J.CASTRO P, RIBEIRO M, FORSTER A, NOVAES M. Avaliação do Desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciências saúde coletiva**. v. 11, n.3, p 683 -703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **População do Estado de Mato Grosso do Sul**. 2007. www.ibge.gov.br, 2008.

_____. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/> Acesso em: fevereiro. 2016.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2014: microdados da amostra**. 2015.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2012**; acesso em 15 janeiro 2016. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm.

_____. **População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. 2010. Disponível em. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

JERÔNIMO, R. N. GONÇALVES, T. M. Identidade e personificação do lugar na apropriação do espaço pelos nativos de Ibiraquera, SC. **Revista de Ciências Humanas**, v. 47, n. 1, p. 117-132, 2014.

JÓIA LC, RUIZ T, DONALÍSIO MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde** v.17, n.3, p.187-94. 2008.

JUNGES, JOSÉ ROQUE; BARBIANI, ROSANGELA. **Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética.** 2013.

ONOFRI, V. A. O, 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**, v. 19, n. 1, p. 21-33. 2016.

KRAEMER, F. DONIZETE PRADO, S. FERREIRA, F. R. CARVALHO, M. C. V. S. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4. p. 4, 2014.

KUSCHNIR, R. CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n. 5, p. 2307-2316. 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica: Técnicas de pesquisa.** 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANDSBERG, G.A. P, NETO, A.I.S.SOUZA, R, A. **Avaliando os atributos da atenção primária: uma revisão.** Julho/dez, 2010.

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. 4, p. 867-874, 2011.

LEÃO, C. D. A. CALDEIRA, A. P. OLIVEIRA, M. M. C. D. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.11, n.3, p.323-334, 2011.

LEIYUSHI, D. STARFIELD, B. XU, Jiahong. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice*. New York, v.50, n.2, p.161-175, fev, 2001. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org>>. Acesso em: 23 de novembro de 2016.

LEMOS, J. C, LIMA, S. C. A Geografia Médica e as Doenças Infecto-Parasitárias. Caminhos de geografia - **Revista On Line Programa de Pós-Graduação em Geografia, Minas Gerais: UFU**, v. 3, n. 6, p. 74-86, jun/ 2002.

LENARDT, M. H. WILLIG, M. H. SILVA, S. C. SHIMBO, A. Y. TALLMANN, A. E. C. MARUO, G. H. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. , 2006.

LEVY, P. S.; LEMESHOW, S. **Sampling of populations – methods and applications.** 2. ed. New York: John Wiley and Sons, p. 420, 1991.

LIMA, A.M. M. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 12 n. 27, p. 795- 807. Out/dez. 2008.

LIMA, E. D. F. A. Sousa, A. I. Primo, C. C. Leite, F. M. C. Lima, R. D. C. D. Maciel, E. L. N. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das

usuárias que vivenciam o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015.

LIMA, D. A. Cássio. Atributos da Atenção Primária: perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Renome**, v. 4, n. 2, p. 04-18, 2016.

LOPES, M. A. **Pessoas longevas e atividade física: fatores que influenciam a prática**. 2012.

LÜDKE, N.; ANDRÉ, M.E. D. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. D. F. A. S. MONTEIRO, E. M. L. M. QUEIROZ, D. T., VIEIRA, N. F. C. BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p. 335-342, 2007.

MACIEL, A.C.C, GUERRA R.O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Rev Bras Ci e Mov**, v.13, n.1, p. 37-44. 2005.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. **Manag Care**. v. 18, n. 6, p. 44-8, jun., 2009

MANTOVANI, E. P. LUCCA, S. R. NERI, A. L. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 19, n. 2, p. 203-222, 2016.

MARINHO, L.M. CAETITE, L. C. LIMA, C.A. RIBEIRO, C.D.A.L. Atributos da Atenção Primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. v. 4, n.2, p.04-18, 2015.

MARQUES, A. P. O, ARRUDA I.K. G, LEAL M.C.C, SANTO, A.C.G.E. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 10, n. 2, p. 1-9, 2007.

MASSEY, D. **Pelo Espaço: uma Nova Política da Espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2008.

MACHADO, A. VIEIRA, M. C. U. Impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade da pessoa idosa portadora de condições crônicas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 81-91. 2015.

MALTA. D.C, MORAIS, O. L. J, JUNIOR, J. B. S. Apresentação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2016.

MATSUDO, S. M. MATSUDO, V. K. R. NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7,n. 1, p. 2-13.2001.

MCGILLIVRAY, M. CLARKE, M. Human well-being: Concepts and measures. In: MCGILLIVRAY, M. CLARKE, M. [eds.] Understanding human well-being. Tokyo, New York, Paris: **United Nations University Press**, 2006.

MEIRELES, V. C. MATSUDA, L. M. COIMBRA, J. A. H. MATHIAS, T. D. F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde soc**, v.16, n.1, p. 69-80. 2007.

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

_____. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*. Ano IV, n. 1, p. 39-42, jan./ fev./mar., 2003.

MERCEDES, B. P. D. C. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar** (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 2013.

MERCEDES, G. S. do Carmo Mercedes, B. P.de Oliveira, J. C. N.Sakamoto, I. M., da Silva, N. M. R. R. análise do perfil farmacoterapêutico e doenças prevalentes em pacientes idosos atendidos no hospital universitário de Ribeirão Preto-SP. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 25, n. 4, p. 188-192, 2013.

MELLO. M, MORVAN. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014.

MINTZ S.W. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 16, n. 47, out, 2001.

MONKEN, M. BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONKEN, M. PEITER, P. BARCELLOS, C. ROJAS, L. I. NAVARRO, M. B. M. A., GONDIM, G. M. GRACIE, R. M. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-41, 2008.

MORAES, E. N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**. p 98. 2012

MOREIRA, R. M. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 27-38, mar. 2013.

MOTTA, L.C. SOUZA; S. –B. RODRIGO. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. Bras. Educ. Méd**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

MOYSÉS, S. J. MOYSÉS, S. T. KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-41, 2004.

NASCIMENTO, E. C. A. CHAGAS, M. J.S. Atendimento humanizado ao idoso. Capetinga, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. 1, p. 4-6, nov. 2008.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. Supl 1, p. S4-S6, 2008.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice**. In: REBELATTO, J. R, MORELLI, J. G. S. Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso. 2a.ed. Barueri: Editora Manole. cap. 1,p.1-36.2007.

_____. Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A L. (organizador). Qualidade de vida e Idade Madura. Campinas, SP: **Papirus**, p 9-47.1993.

_____. **Psicologia do Envelhecimento**. Campinas: Papirus; 1998.

NERY, A. A. SILVA, D. R. BUENO, E. S. G. SANTOS, F. P. A. NASCIMENTO, M. S. CARVALHO, P. A.L. PIRES, V. M. M. M. Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental de um município da Bahia. **Rev Saude.com**. v. 5, n. 1, p. 17-30, 2009.

NICODEMO, D. GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, nº. 1, 2010. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341. Acesso em: 26/11/16.

NUNES, D. P. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, set. 2010.

NÚÑEZ, R.T. LORENZO, I.V. VÁZQUES, N.M.L. L. Coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**.v. 20, n. 6 , p. 485-95. 2006.

OLIVA, A. C. D. MOURA, C. M. R. A. LIMA, C. COSTA, F. M., ROCHA, J. F. D. Avaliação dos Atributos do Cuidado Primário de Saúde na Perspectiva do Usuário. **Revista Uniabeu**, . v. 8, n. 18, p. 196-208, 2015.

OLIVEIRA, A. K. P. BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 369-390, 2008.

OLIVEIRA, E. B. D. BOZZETTI, M. C. HAUSER, L. DUNCAN, B. B. HARZHEIM, E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. v. 8, n. 29, out./dez, p. 264-273.2013.

OLIVEIRA, M. A. C. PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. Brasília, v. 66 (esp). p. 158-164. 2013.

OLIVER, F.C. GHIRARDI, M.I.G. ALMEIDA, M.C. TISSI, M.C. AOKI, M. Reabilitação no território: construindo a participação na vida social. **Rev. Ter.Ocup. Univ.** de São Paulo, v. 12, n. 1/3, p. 15-22, jan./dez. 2001.

OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de Salud), 1989. Evaluación de Servicios de la Salud Materno-Infantil. **Castaballeda**, Venezuela, p.24 de agosto de 1987.

_____ **World Urbanization Prospects**, The 2011 revision, 2012. Disponível em <http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>. Acesso em 13/03/2016.

_____ **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em: 20/11/2016.

_____ **Grupo científico sobre la Epidemiologia del Envajamiento**, Genebra, 1983. Informe.

PAREJA, J. M. D. A produção do espaço e sua relação no processo de saúde-doença familiar. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 133-144, 2016.

PASKULIN, L. M.VIANNA, L. A. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**,v. 41,n.5, p.757-768.2007.

PAULA, F. A. SILVA, C. C. R., SANTOS, D. F. MARTINS-FILHO, O. A. Andrade, R. A. **Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG)**. centro brasileiro de estudos de saúde (CEBES), v.39, n.106, p. 802-814. 2015.

PAULA, W. K. A. S. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016.

PEREIRA, R. J. COTTA, R. M. M. FRANCESCHINI, S. D. C. C. RIBEIRO, R. D. C. L.TINOCO, A. L. A. ROSADO, L. E. F. P. D. CAMPOS, M. T. F. D. S. (2010). **Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família**. p. 5–15. 2010.

PEREIRA; M. P. B. BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. Hygeia, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006. Pesquisa Nacional por amostra de

domicílios. **Síntese de indicadores** (PNAD) 2012,2013. Disponível em: Acesso em: 12 de Agosto. 2015.

PINELLI, L. A. P. MONTANDON, A. A. B. BOSCHI, A. FAIS, L. M. G. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. **Rev. odonto ciênc**, v. 20, n. 47, p. 69-74. 2005.

PILGER, C. MENON, M. H. MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográfica e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista LatinoAmericana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1-9, 2011.

PONTES, A. L. M. (Org.). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, v. 3, n. 1 p. 61-80, 2007.

PORTILLO, J. A.C.; PAES, A. M. C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.75-88, 2000.

PROENÇA, R. P.C. Alimentação e globalização: algumas reflexões. **Ciência e Cultura**, v. 62, n. 4, p. 43-47, 2010.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Fundação Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n.3, p.793-797.2003.

REIS, L. A. V. TORRES, G., REIS, L. A. OLIVEIRA, L. SAMPAIO, L. S. Avaliação da qualidade de vida em idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Ciência e Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 2, n. 1. 2010.

REIS, R. S. COIMBRA, L. C. SILVA, A. A. M. SANTOS, A. M. LAMY, Z. C., RIBEIRO, S. V. O. SILVA, R. A. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 18, n. 11, 2013.

RIBEIRO, C. G. SCHMIDT, C. L. SHIMOSAKA, A. M. COSTA, D. O envelhecimento sob a perspectiva da vulnerabilidade em saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista FisiSenectus**, v. 3, n. 2, p. 35-46, 2016.

RESENDE, M.C. Ajustamento psicológico, **perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física**. Tese de doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação. Campinas (SP): Faculdade de Educação da UNICAMP. 2006.

RIAL,C.S.M. A globalização publicitária: o exemplo das fast-foods. **Revista Brasileira de comunicação**, v.16, n.2, p.134, jul - dez.1993.

RIANI, R.L.J. Perfil da população idosa de Minas Gerais. **Boletim PAD-MG**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 1-85, março. 2014.

RIGO, M. L. N. RAVEDUTTI, CASTRO T, D. Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. **Journal of Health Sciences**, v. 7, n. 1, 2015.

ROCHA, A. P. L. CARVALHO, R. CARVALHO. Cuidado com a Velhice: interdisciplinaridade e Intersetorialidade. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 3, p. 638-640, 2016.

ROCHA, F. C. V. Perfil de idosos assistidos por equipe da Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 4, n. 4, p. 36-41, out./dez. 2011.

RODRIGUES, R.A.P. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536, jul./set. 2007.

_____. Saúde da Família nos municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes: uma análise da cobertura populacional. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, v. 1, n. 34, p.117-137, jan./jul. 2012.

RODRIGUES, M. J. RAMIRES, J.C. L. Estratégia de saúde da família: desafios para sua consolidação em Uberlândia. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 11, n. 20, p. 153. Junho. 2015.

ROIG, J.J. Análise da produção da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Rev. Bras. Geriatria. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 3, p. 659-671. maio. 2014.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**, v. 39, n. 3, p. 333-9, 2006.

ROSANI, P.A.R. SOUSA, A.A. VALE. S.J. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v. 6, n. 1, p. 99-108, jan-jun. 2015.

SACK, R. **Human Territoriality**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SALA, A. LUPPI, C. G. SIMÕES, O. Marsiglia, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.

SALLES, T. F. Análise de prescrições de idosos internados nos cuidados continuados integrados segundo os critérios de Beers. 2015.

SAMPIERI, R.H, COLLADO C.F, LUCIO PB. **Metodologia de Pesquisa**, 3 ed, São Paulo: Editora Mc Graw – Hill, 2006.

SANTANA, M. S. Significado da atividade física para práticas de saúde na terceira idade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 15, n. 2, 2010.

SANTOS M, SILVEIRA ML. O Brasil: **território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, A. L, RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 8, n. 3, 2011.

SANTOS, A.A. Lugar e Território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Rev. Geográfica Venezuelana**. Venezuela. v. 50 n. 1 p. 159-172. 2009.

SANTOS, A. L. RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SANTOS, M. A. SENNA, M. C. M. Atenção Primária À Saúde: Centralidade na Agenda Pública Brasileira e Desafios Contemporâneos. **Revista Uniabeu**, v. 8, n. 19, p. 354-367, 2015.

SANTOS, M. O retorno do território. In: _____; SOUZA, M. A. A.SILVEIRA, M. L. Território, globalização e fragmentação. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990. 236 p.
SANTOS, M. Silveira, M. L. O Brasil — **Território e Sociedade no Início do Século XXI**. Rio de Janeiro: Record. 2001.

SANTOS, S. C. Ordenamento espacial em Rondônia: de Território à Estado. **Terr@ Plural**, v. 9, n. 2, p. 157-179, 2016.

SANTOS, S.R. SANTOS, I.B.C, FERNANDES MG, HENRIQUES MER. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 10, n. 6, p.757-764. 2002.

SANTOS, S.R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 6, p. 401-406. 1999.

SAQUET, M. A. SILVA, S. S. M. SANTOS: concepções de geografia, espaço e território/milton santos: geography conceptions, space and territory. **Geo UERJ**, v.2, n. 18, p. 24.2011.

SAQUET, M.A. SPOSITO, E. Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos. **Expressão Popular**, 2009.

SARDINHA, S. S. Capoterapia: elementos da capoeira na promoção do bem-estar do idoso. Relato de caso. **Com. Ciências Saúde**. Brasília, v. 21, n. 4, p. 349-354, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/capoterapia.pdf> Acesso em> 18 FEV. 2016.

SCHNEIDER, R.H, IRIGARAY T.Q. Envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. Psicol.** Porto Alegre, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** Physis, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
SERAPIONI M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 5, n.1, p. 187-192. 2000

SHEPHARD, R.J. Does insistence on medical clearance inhibit adoption of physical activity in the elderly? **J Aging Phys Act** v. 8, n. 4.p. 301-11.2000.

SIAB: **Manual do sistema de informação de atenção básica.** Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SILVA, V.P.CÁRDENAS, C. J. A COMIDA E A SOCIABILIDADE NA VELHICE. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde.** ISSN 2176-901X, v. 10, n. 1, p. 51-69 , 2007.

_____. A. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum,** Vitória, v. 6, n. 1, p. 99-115, jan./jun. 2014.

_____. C. S. O. PEREIRA, M. I. YOSHITOME, A. Y. RODRIGUES NETO, J. F. BARBOSA, D. A. (2010). Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Esc Anna Nery,** v. 14, n. 4, p. 811-18. 2010.

_____. C.S.O. FONSECA, A.D.G. SOUZA, L.P.S. SIQUEIRA, L.G. BELASCO, A.G.S. BARBOSA, D.A. Integralidade e atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 19, n. 11, p. 15, 2013.

_____. I. T. PINTO JÚNIOR, E. P.VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** v. 17, n. 2, p. 275-287, 2014.

_____. J. V. F. DA SILVA, E. C.RODRIGUES, A. P. R. A. MIYAZAWA, A. P. (2015). A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT/AL,** v.2, n. 3, p. 91-100, 2015.

_____. L. W. S., DOS SANTOS, R. G. SQUARCINI, C. F. R. SOUZA, A. L.DE AZEVEDO, M. P.BARBOSA, F. N. M. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa-perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde.,** v. 14, p. 145-166, 2011.

_____. M. J. BESSA, M. E. P. Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda. **Cienc. enferm,** v. 14, n. 1, p. 23-31, 2008.

_____. R. J. S. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.

_____. S. A. D. Fracolli, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 692-705, 2014.

SIQUEIRA, M. M. M. PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008.

SOUZA, Ailton. Políticas de saúde e a percepção da dengue em Paranaíba—região do bolsão sul Mato-Grossense. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 4, 2016.

SOUZA, G. T. ALVES, B. A. TACLA, M. T. G. M. COLLET, N. TOSO B. R. G. O. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-Pr. Semina: **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 39-46, 2015.

SOUZA, I. M. SILVA, F. M. BASÍLIO, T. G. Extensão para inclusão no NETI-Núcleo de Estudos da Terceira Idade: previdência e cidadania. **Educação, Ciência e Cultura**, v. 21, n. 1, p.163-181, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2004.

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

_____. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

STIVAL, M. M. LIMA, L. R. D, FUNGHETTO, S. S. SILVA, A. O. PINHO, D. L. M. KARNIKOWSKI, M. G. D. O. (Factors associated with quality of life of elderly attending a health unit in the Federal District, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 395-405, 2014.

SUDRÉ, M. R. S. REINERS, A. A. O. NAKAGAWA, J. T. T. AZEVEDO, R. C. D. S. FLORIANO, L. A. MORITA, L. H. M. (2012). Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, p. 947-53, 2012.

TRAVASSOS, C. CASTRO M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

TRIVIÑOS, A.N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

TUAN, Yi-Fu. Espaço e lugar. São Paulo: **Difel**, p. 01-22, 1983.

TUAN, Yi-fu. *Topofilia: um Estudo da Percepção, Atitudes e Valores do Meio Ambiente*. 2. ed. : Editora **Difel**. São Paulo, 1980.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização edimensão dos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 24,n,6, p.445-62, 1990.

VALDÉS, J. V. **Situación del adulto mayor en contexto mundial**, latino americano y Cuba. Havana, Cuba, 19 mar. 2014.

VALER, D. B. BIERHALS, C. C. B. K. AIRES, M. PASKULIN, L. M. G. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 18, n. 4, p. 809-819, out - dez, 2015.

VAZ, D.S. REMOALDO, P.C.A.GEOUSP - **Espaço e Tempo**, São Paulo, Nº 29 - Especial, p. 173 - 192, 2011.

VEIGA, M. R. M, CORDEIRO, A. M. R, FERREIRA, S. C M. Velhices e territórios: Uma reflexão sobre saúde e qualidade de vida dos idosos a partir do território idosos a partir do território. **International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología**, v. 1, n. 2, p. 97-104, 2014.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 10, p. 2.463-2.466, nov. 2009.

VERDI, M.M. FREITAS, T.G. SOUZA, T.T. **Projeto de saúde no território** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

VICINI, G. **Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos**. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

VILELA, A. B. A. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. **Saúde. com**, v. 2, n. 2, 2016.

VINHOLES, D. B. ASSUNÇÃO, M. C. F. NEUTZLING, M. B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde: Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 4, p. 791-799. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.60 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **World report on ageing and health**. 2015. 246p.

ANEXO A- APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- UNIVALE

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA USUÁRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES

Pesquisador: Suely Maria Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24790113.0.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 532.075

Data da Relatoria: 17/02/2014

Apresentação do Projeto:

Parecer satisfatório.

Objetivo da Pesquisa:

Parecer satisfatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer satisfatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou de forma clara a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios no projeto de pesquisa foram inseridos corretamente.

Recomendações:

Não há nenhuma recomendação a ser feita.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há nenhuma pendência e/ou lista de inadequações.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02
 Bairro: Universitário CEP: 35.020-220
 UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
 Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3279-5543 E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 532.075

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é aprovado, porém com a seguinte sugestão: o pesquisador responsável deverá rever a metodologia, se não seria qualitativa e quantitativa e não apenas quantitativa.

GOVERNADOR VALADARES, 17 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador)

ANEXO B- INVENTÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

I. Identificação

1. Registro: _____

II. Perfil sociodemográfico

2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Idade: _____

4. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

5. Estado Civil: 1 Casado(a) 2 Solteiro(a) 3 Viúvo(a)
4 em união consensual 5 separado(a)

6. Escolaridade: _____ anos

7. Situação de trabalho:

1 Empregado 2 Desempregado 3 Auxílio-doença

4 Aposentado 5 Aposentado e trabalha 6 Do lar

7 Pensionista 8 Outro auxílio _____

8. Com quem mora:

1 esposa(o) 2 filhos 3 netos 4 bisnetos

5 irmão 6 amigos 7 sozinho 9 esposa+filhos

9. Renda familiar (mensal): R\$ _____ Conversão para sal.min. _____

10. Procedência: UBS _____

III - Indicadores de saúde e utilização de serviços por idosos

11. N° de consultas médicas no SUS local nos últimos 06 meses:

1 Nenhuma 2 1 - 3 3 4 ou mais

12. N° de medicamentos usados habitualmente nos últimos 06 meses:

1 Nenhum 2 1 - 3 3 4 ou mais

13. N° de doenças diagnosticadas pelo médico do SUS:

1 Nenhuma 2 1 3 2 3 3 4 4 ou mais

ANEXO C INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMARIA
PCATool - BRASIL VERSÃO ADULTO

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?



Sim

Não (Passe para a questão F1)

Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4	3	2	1	9
E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4	3	2	1	9
E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4	3	2	1	9
E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4	3	2	1	9

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4	3	2	1	9
E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4	3	2	1	9

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4	3	2	1	9
F2. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4	3	2	1	9
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4	3	2	1	9

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

<p>Título:</p> <p>AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA USUÁRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES</p>
<p>Pesquisador Responsável:</p> <p>Suely Maria Rodrigues</p>
<p>Contato com pesquisador responsável:</p> <p>Campus Antônio Rodrigues Coelho</p> <p>Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220</p> <p>Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG</p> <p>Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)8805-1996</p>
<p>Comitê de Ética em Pesquisa</p> <p>Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

2 – Informações ao participante ou responsável:

1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Avaliação da atenção primária à saúde da pessoa idosa usuária da Estratégia de Saúde da Família no município de Governador Valadares, na área de Saúde Coletiva.

2) A pesquisa terá como objetivo verificar a efetividade das ações de Atenção Primária à Saúde na perspectiva da população idosa usuária da Estratégia de Saúde da Família localizada na zona urbana do município de Governador Valadares.

3) você irá responder para mim algumas perguntas sobre os cuidados com sua saúde e como você é atendido no posto de saúde que vai quando precisa em um único encontro.

4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 3.1) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento. 3.2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.

5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos:

insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa: conhecer a Atenção Primária à Saúde oferecida à população do município, servindo como ferramenta de gestão, indicando os aspectos a serem trabalhados em cada um dos serviços, em sua dimensão estrutural, de processos e de resultados.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, _____ de _____ de 2014.

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador responsável:
