



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO**



CÉLIA MARIA CARTAXO PIRES DE SÁ

**ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: UM DESAFIO PARA O IDOSO ATENDIDO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

**JOÃO PESSOA
2021**

CÉLIA MARIA CARTAXO PIRES DE SÁ

**ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: UM DESAFIO PARA O IDOSO ATENDIDO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - PPGNF/UFPB, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e ao Idoso.

Projeto de pesquisa vinculado: Políticas, Práticas e Tecnologias Inovadoras para o Cuidado na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

**JOÃO PESSOA
2021**

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

S111e Sá, Célia Maria Cartaxo Pires de.

Envelhecimento saudável : um desafio para o idoso atendido na atenção básica / Célia Maria Cartaxo Pires de Sá. - João Pessoa, 2021.

79 f.

Orientação: Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Idoso - Ações socioeducativas. 2. Saúde - Atenção básica. 3. Atendimento - Idoso. 4. Assistência à saúde. 5. Envelhecimento saudável. 6. Práticas integrativas e complementares. I. Moreira, Maria Adelaide Silva Paredes. II. Título.

UFPB/BC

CDU 364.4-053.9(043)

CÉLIA MARIA CARTAXO PIRES DE SÁ

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: UM DESAFIO PARA O IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO BÁSICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 28 de abril de 2021.

BANCA JULGADORA

Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Prof.^a. Dr.^a Maria Adelaide Silva Paredes Moreira (UFPB)
Orientadora

Prof. Dr.^o José Luiz Telles de Almeida (ENSP/FIOCRUZ)
Membro externo titular

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves (UFRN)
Membro externo titular

Antonia Lêda Oliveira Silva
Prof.^a Dr.^a Antonia Lêda Oliveira Silva (UFPB)
Membro interno titular

Sandra Aparecida de Almeida
Prof.^a. Dr.^a Sandra Aparecida de Almeida (UFPB)
Membro interno titular

Prof^a. Dr.^a Karla Fernandes de Albuquerque (UNIPÊ)
Membro externo suplente

Prof^a. Dr.^a Maria Djair Dias (UFPB)
Membro interno suplente

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, pela orientação e pelo auxílio constantes a todos os integrantes do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais;

À Prof.^a Dr^a. Antonia Lêda Oliveira Silva, pelo aprendizado e pelo exemplo de uma vida dedicada à causa do ensino superior, para a qual tem contribuído incansavelmente com seu talento, persistência e coragem;

Ao Prof. Dr. José Luiz Telles de Almeida, pelo caminho percorrido com apoio e solidariedade;

À Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, pela solicitude e pelo aprendizado;

À Prof^a. Dr^a. Sandra Aparecida de Almeida, pelo acolhimento e pelo apoio nesse processo de construção;

Á Prof^a. Lenilde Duarte de Sá (in memorian) pela amizade e pela contribuição tão significativa ao estímulo para que eu enfrentasse este desafio ;

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo acolhimento e pela gentileza com que me receberam. O convívio com todos foi realmente um privilégio e uma aventura plena de aprendizados.

Aos idosos, que acreditaram na importância deste estudo e aceitaram dar sua valiosa contribuição;

À Universidade Federal da Paraíba e todos que a compõem, por me oferecer a melhor estrutura, com os melhores profissionais, os quais foram de extrema importância para minha formação;

Enfim, agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu concretizasse esse sonho.

“O que o sujeito pode, é deixar-se estranhar pelas marcas que se fazem em seu corpo, é tentar criar sentido que permita sua existencialização – e quanto mais consegue fazê-lo, maior é o grau de potência com que a vida se afirma em sua existência”.

Suely Rolnik

Sá, Célia Maria Cartaxo Pires de. **Envelhecimento Saudável: um desafio para o idoso atendido na atenção básica.** 2021. 94f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento crescente tem alterado o perfil da morbimortalidade da população, o que requer mais esforços no sentido de se compreender bem mais essa população. Nesse sentido, saber dos idosos sobre as concepções de saúde e atendimento em dois cenários de práticas - as Unidades de Básicas de Saúde e o Centro de Práticas Integrativas e Complementares - possibilita compreender os significados do processo saúde-doença para esses sujeitos. **Objetivo** geral: Analisar as ações socioeducativas oferecidas aos idosos atendidos na atenção básica a partir do que eles pensam sobre saúde, como uma dimensão importante a ser considerada para um envelhecimento saudável. **Objetivos específicos:** Aprender as concepções de saúde para idosos atendidos na Atenção Básica; conhecer o que eles pensam sobre o atendimento na Atenção Básica visando a um envelhecimento saudável; propor um Programa de Capacitação para Profissionais de Saúde da Atenção Básica centrado na promoção do envelhecimento saudável para idosos. **Método:** Trata-se de um estudo de campo exploratório de abordagem qualitativa, do qual participaram 30 idosos de ambos os sexos, com faixas etárias entre 60 e 80 anos. Para coletar os dados, utilizou-se a Técnica de Grupo Focal, considerando o “critério de saturação ou redundância” para definir a amostra, centrado em um roteiro-guia subsidiado pelos objetivos do estudo, e elaborou-se um plano geral de análise e tratamento a que foram submetidos os dados, que foram analisados por meio da técnica da análise de conteúdo temática. **Resultados:** Com base nas falas dos idosos participantes do estudo submetidas à técnica de análise de conteúdo temática categorial sobre saúde e atendimento na Atenção Básica, emergiram duas categorias semânticas: 1: Concepções dos idosos sobre saúde atendidos na Atenção Básica, composta de quatro subcategorias temáticas: Psicológicas/Espirituais; Econômicas/Financeiras; Biológicas/Físicas e Sociológicas/Relacionais/Culturais e 2: Descrições sobre o Atendimento na Atenção Básica, dividida em três subcategorias temáticas: Atendimento/Serviço; Profissionais; Impacto das Atividades para Saúde. **Considerações finais:** A compreensão dos idosos sobre saúde e atendimento corrobora a compreensão de envelhecimento saudável, evidenciado na adoção de hábitos e comportamentos que interferem positivamente no estilo de vida, nos parâmetros das doenças crônicas e na prevenção de algumas doenças. Os idosos referiram que é necessário cuidar da saúde, interagir com outras pessoas e manter um bom relacionamento, que os profissionais de saúde são importantes no atendimento e que os tratamentos não convencionais, tradicionalmente ofertados nos serviços de saúde, impactaram positivamente em sua saúde. Portanto, com base nos resultados do estudo, propõe-se uma capacitação para profissionais de Saúde da Atenção Básica que vise a um envelhecimento saudável para os idosos, com foco nas práticas integrativas e complementares. Assim, partindo das potencialidades e das fragilidades encontradas nos serviços de saúde, sugere-se que as diferentes práticas a serem utilizadas pela pessoa idosa sejam aperfeiçoadas, na perspectiva de um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Idoso; Saúde; Atendimento; Assistência à saúde; Envelhecimento saudável; Práticas Integrativas e Complementares.

Sá, Célia Maria Cartaxo Pires de. **Healthy Aging: a challenge for the elderly assisted in primary care.** 2021. 94f. Thesis (Doctorate). Graduate Program in Nursing. Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa/PB.

ABSTRACT

Introduction: Increasing aging has altered the population's morbidity and mortality profile and greater efforts are needed in order to better understand this population. In this sense, the knowledge of the elderly about the conceptions of health and care in the face of two scenarios of practices: Basic Health Units and Center of Integrative and Complementary Practices, allows us to understand the meanings that the health-disease process acquires for these subjects.

Objectives: General - to analyze socio-educational actions offered to the elderly cared for in primary care based on what they think about health, as an important dimension to be considered in the promotion of healthy aging; Specific - apprehend the concepts of "health" for the elderly assisted in primary care; to know what the elderly think about "care" in primary care in promoting healthy aging; to propose a Training Program for Primary Care Health Professionals focused on promoting healthy aging for the elderly. **Method:** This is an exploratory field study with a qualitative approach, in which 30 elderly men and women participated in the age groups between 60 and 80 years. For collection, the Focus Group Technique was used, considering the "saturation or redundancy criterion" to define the sample centered on a guide script subsidized in the objectives of the study, elaborating a general analysis and treatment plan, which were submitted the data. These were analyzed using the thematic content analysis technique. **Results:**

Based on the speeches of the elderly participants of the study submitted to the technique of categorical thematic content analysis on health and care in Primary Care, two semantic categories emerged, being Category 1: Conceptions about health for the elderly assisted in Primary Care, composed of four thematic subcategories: Psychological / Spiritual; Economic / Financial; Biological / Physical and Sociological / Relational / Cultural and Category 2: Descriptions of Care in Primary Care, in which it is structured in three thematic subcategories: Service / Service; Professionals; Impact of Health Activities. **Final considerations:** Finally, the understanding of the elderly about health and care, corroborate with the understanding of healthy aging, evidenced in the adoption of habits and behaviors that positively interfere in the lifestyle, in the parameters of chronic diseases, in prevention of some diseases. The elderly highlighted in their speeches the need to take care of their health, to interact with other people, to maintain a good relationship, the importance of health professionals in the service, in addition to affirming the impacts on health when receiving unconventional treatments, traditionally offered health services. Finally, based on the results of this study, a Training for Primary Health Care Professionals is proposed, focused on promoting healthy aging for the elderly, with the aim of training professionals, focusing on integrative and complementary practices, thus suggesting that starting the strengths and weaknesses found in health services, the improvement of different practices to use with the elderly, considering the benefits for healthy aging.

Keywords: Elderly; Health; Attendance; Health Assistance; Healthy Aging; Integrative and Complementary Practices.

Sá, Célia Maria Cartaxo Pires de. **Envejecimiento Saludable: un reto para las personas mayores atendidas en atención primaria.** 2021. 94f. Tesis (Doctorado). Programa de Postgrado en Enfermería. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa/PB.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento creciente ha alterado el perfil de morbimortalidad de la población y son necesarios mayores esfuerzos para conocer mejor a esa población. En ese sentido, el conocimiento de las personas mayores sobre las concepciones de salud y cuidado frente a dos escenarios de prácticas: Unidades Básicas de Salud y Centro de Prácticas Integrativas y Complementarias, permite comprender los significados que adquiere para el proceso salud-enfermedad. **Objetivos:** Generales - analizar las acciones socioeducativas que se ofrecen a las personas mayores atendidas en atención primaria a partir de lo que piensan sobre la salud, como una dimensión importante a considerar en la promoción del envejecimiento saludable; Específicos - aprehender los conceptos de “salud” para los ancianos atendidos en atención primaria; saber qué piensan las personas mayores sobre el “cuidado” en atención primaria para promover un envejecimiento saludable; proponer un Programa de Formación de Profesionales de la Salud de Atención Primaria centrado en la promoción del envejecimiento saludable de las personas mayores. **Método:** Se trata de un estudio de campo exploratorio con enfoque cualitativo, en el que participaron 30 hombres y mujeres ancianos en los grupos de edad entre 60 y 80 años. Para la recolección se utilizó la Técnica de Grupo Focal, considerando el “criterio de saturación o redundancia” para la definición de la muestra centrada en un guión guiado subsidiado en los objetivos del estudio, elaborando un análisis general y plan de tratamiento, al cual se remitieron los datos. Estos fueron analizados mediante la técnica de análisis de contenido temático. **Resultados:** A partir de los discursos de los ancianos participantes del estudio sometidos a la técnica de análisis de contenido temático categórico sobre la salud y la atención en Atención Primaria, surgieron dos categorías semánticas, siendo Categoría 1: Concepciones sobre la salud del anciano atendido en Atención Primaria, compuesto por cuatro subcategorías temáticas: Psicológico/Espiritual; Económico/Financiero; Biológico/Físico y Sociológico/Relacional/Cultural y Categoría 2: Descripciones de la Atención en Atención Primaria, en la que se estructura en tres subcategorías temáticas: Asistencia/Servicio; Profesionales; Impacto de las actividades de salud. **Consideraciones finales:** Finalmente, la comprensión de las personas mayores sobre la salud y el cuidado, corroboran con la comprensión del envejecimiento saludable, evidenciado en la adopción de hábitos y conductas que interfieren positivamente en el estilo de vida, en los parámetros de las enfermedades crónicas, en la prevención de algunas enfermedades. Las personas mayores destacaron en sus discursos la necesidad de cuidar su salud, de interactuar con otras personas, de mantener una buena relación, la importancia de los profesionales de la salud en el servicio, además de afirmar los impactos en la salud al recibir tratamientos no convencionales, tradicionalmente Ofrece servicios de salud. Finalmente, a partir de los resultados de ese estudio, se propone una Formación para Profesionales de Atención Primaria de la Salud, enfocada a promover el envejecimiento saludable de las personas mayores, con el objetivo de formar profesionales, con foco en prácticas integradoras y complementarias, sugiriendo así que partir de las fortalezas y debilidades encontradas en los servicios de salud, la mejora de las diferentes prácticas para utilizar con los ancianos, considerando los beneficios para un envejecimiento saludable.

Palabras-clave: Anciano; Salud; Asistencia; Asistencia Sanitaria; Envejecimiento Saludable; Prácticas Integradoras y Complementarias.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Plano de análise sobre saúde e atendimento.....	40
Figura 2 -	Formação categorial das concepções sobre saúde para idosos atendidos na Atenção Básica.....	44
Figura 3 -	Formação categorial das descrições sobre o atendimento na Atenção Básica.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição das categorias e das subcategorias empíricas sobre saúde e atendimento segundo as falas dos idosos atendidos na Atenção Básica.....	41
Quadro 2 -	Distribuição das unidades de análises sobre concepções de saúde para idosos atendidos na Atenção Básica, João Pessoa, Paraíba, N(30) – 2021.....	45
Quadro 3 -	Distribuição das unidades de análises por subcategorias sobre o atendimento na Atenção Básica, João Pessoa, Paraíba, N(30) – 2021....	50

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
PPGENF	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
GIEPERS	Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais
LASES	Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
VIII CNS	VIII Conferência Nacional de Saúde
CF	Constituição Federal
PNI	Política Nacional do Idoso
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidades Básicas de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
CPICS	Centro de Práticas Integrativas e Complementares
DS	Distritos Sanitários
GF	Grupo Focal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 ESTADO DA ARTE.....	18
2.1 ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO E SUAS IMPLICAÇÕES NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.....	18
2.2 ATENÇÃO BÁSICA: PERCURSO HISTÓRICO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE.....	25
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
3.4 COLETA DOS DADOS.....	32
3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
4.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E ATENDIMENTO PARA IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE A.....	75
APÊNDICE B.....	77
ANEXO A.....	79

APRESENTAÇÃO

Como nutricionista/sanitarista e trabalhando na Atenção Básica de Saúde, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e passei a fazer parte do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS), inserido no Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASES), depois de cursar a disciplina ‘Práticas e Representações Sociais em Saúde’ vinculada ao PPGENF, o que me possibilitou ter mais empoderamento e trabalhar com a interdisciplinaridade.

Levando minha experiência para a prática profissional, procurei me inserir em pesquisas, participar de eventos científicos nacionais e internacionais e me aproximar de temas centrados no envelhecimento e nos diferentes serviços de saúde oferecidos no município de João Pessoa/Paraíba, onde integro a equipe de trabalho de saúde para idosos.

De minha prática profissional, adveio meu interesse em ampliar conhecimentos no campo acadêmico para me aprofundar cada vez mais em estudos e pesquisas centrados no envelhecimento e poder contribuir bem mais com o campo de prática atualizada cientificamente, considerando as mudanças biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem no processo do envelhecimento e no que poderia aperfeiçoar para colaborar com um serviço mais próximo do que é preconizado pela Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (MS) em relação aos serviços de saúde oferecidos e como o usuário idoso os utilizam.

Assim, senti-me instigada a investigar o que pensam os idosos sobre saúde e o atendimento a partir das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, na perspectiva de um envelhecimento saudável, desenvolvidas na Rede de Atenção Básica Municipal de Saúde, considerando que a complexidade do processo de envelhecimento em sua heterogeneidade nos leva a indicar modalidades assistenciais multidisciplinares, para que possamos compreender as ações de saúde e promover sua integralidade.

Partimos da premissa de que as necessidades de saúde são complexas porque envolvem diferentes dimensões associadas à vida, ao corpo (fisiológicas/biológicas), econômicas, sociais, culturais, entre outras. Para que os serviços de saúde sejam eficazes, devem responder a essa complexidade com intervenções ampliadas que considerem as emoções, os sentimentos, os vínculos, os afetos e a confiança.

Então, considero que, no Brasil, o crescimento do envelhecimento recomenda aos pesquisadores, aos profissionais e aos gestores da Atenção Básica à Saúde a ampliação de pesquisas e estudos que possam fortalecer estratégias que impulsionem saúde, qualidade de

vida e a atenção às singularidades da população idosa, assim como novos saberes e fazeres comprometidos com a ressignificação das práticas de saúde.

Nesse sentido, conhecer o que pensam os idosos atendidos na Atenção Básica sobre saúde e o atendimento a partir das ações socioeducativas e de promoção da saúde é fundamental para o desenvolvimento do envelhecimento saudável, nesse nível de atenção, na perspectiva de uma assistência à saúde capaz de proporcionar-lhes bem-estar; é uma forma de contribuir para melhorar os serviços e torná-los mais humanizados e acolhedores.

No que diz respeito à estrutura, este estudo foi dividido em cinco itens. Na introdução, apresentamos a construção do objeto de estudo, o problema, a justificativa, as questões de investigação e seus objetivos; no estado da arte, trazemos algumas considerações sobre as políticas de saúde da pessoa idosa e os serviços oferecidos; na metodologia, elencamos o tipo do estudo, o local onde foi desenvolvido, os participantes, o instrumento utilizado para coletar os dados e sua análise; em seguida, apresentamos os resultados e as discussões e, no último item, que trata das considerações finais, trazemos uma reflexão centrada nos objetivos do estudo, com uma síntese dos dados apreendidos da pesquisa e sua importância para o campo da saúde e futuros estudos.

1 INTRODUÇÃO

A história nos revela que a prática de cuidados é a mais antiga e que sempre teve como preocupação vencer a enfermidade e buscar formas de aliviar a dor e estabelecer a saúde. Ao definir a saúde simplesmente como o oposto de doença, delimitamos nossa compreensão aos processos fisiopatológicos sem considerar que ela também reflete a nossa habilidade de confrontar os adoecimentos, buscar auxílio e compreender o que está acontecendo.

No tocante à saúde do idoso, discute-se sobre alguns conceitos de envelhecimento saudável. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define-o como o processo de desenvolvimento e manutenção das atividades básicas, instrumentais e avançadas que proporciona bem-estar ao idoso (OMS, 2015). Essa definição se estende a todos os idosos, inclusive os que convivem com doença crônica, porquanto o bem-estar é singular e permeado de aspirações subjetivas e sentimentos de realização, satisfação e felicidade.

O incremento do envelhecimento populacional e os determinantes sociais da saúde conduzem às novas necessidades de assistência não somente voltada para o aspecto biológico, mas também, sobretudo, para o conceito ampliado de saúde e a necessidade de promover saúde e prevenir doenças. O fenômeno do envelhecimento populacional vem sendo uma prioridade nas agendas de vários fóruns mundiais, o que resulta no empenho dos que discutem sobre o tema em relação à preocupação com a violação da garantia dos direitos sociais inerentes a essa parcela da população (GUEDES *et al.*, 2017).

Então, ao se reportar às novas tecnologias de saúde e às novas especialidades médicas, destacam-se suas contribuições para esse processo, em que a população com uma maior longevidade passa a exigir mais do setor saúde. Esse fato, ao mesmo tempo em que é uma riqueza para a humanidade, tornou-se um desafio para o setor de saúde, devido aos múltiplos investimentos que o cuidado amplo com essa população requer. No Brasil, o marco histórico de delinear as Políticas Públicas da Saúde foi a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 que, em seu artigo 230, declara que é dever da família, da sociedade e do Estado amparar as pessoas idosas, assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e seu bem-estar e garantir-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

Considerando as políticas de saúde no Brasil, no que concerne ao Sistema Único de Saúde (SUS), a ampliação do acesso da população aos serviços contribui para incorporar o direito à saúde, a fim de oferecer assistência adequada a essa população, posto nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Nesse sentido, é compreensível que o acesso aos serviços é uma condição necessária para garantir o cuidado com a saúde.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, inicia-se na Atenção Básica (AB) ou Primária, caracterizada por ser um conjunto de ações voltadas para a saúde que atuam de forma individual e coletiva, com o objetivo de proteger a saúde da população, prevenir doenças, dar diagnósticos e oferecer tratamentos (BRASIL, 2012).

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) por meio da Portaria nº 2.528/2006, propõe, em suas diretrizes, a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, determinando no âmbito da Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa a incorporação, na Atenção Básica, de ações e estratégias que visem melhorar a qualidade de vida do idoso e resolver os problemas identificados, destacando o engajamento dos profissionais da Atenção Básica, bem como o incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial (BRASIL, 2006). Entretanto, estudos apontaram insatisfações no tocante ao acesso à Atenção Básica e à resolução dos problemas, o que aumentou a demanda em outros setores da saúde. O atendimento em saúde deve ser uma preocupação constante do Poder Público, dos gestores e dos profissionais dessa área (SCOLARI *et al.*, 2018).

Outro estudo aponta que os idosos se referem à Atenção Básica como um obstáculo para o atendimento em saúde, pois, quando vão em busca de um especialista para resolver um problema específico, encontram muitas dificuldades, e embora se refiram ao atendimento em saúde de forma positiva, sentem-se insatisfeitos com a Estratégia Saúde da Família (ESF), porque não conseguem completar o tratamento e têm que buscar atendimento em outros lugares e com especialistas (LUBENOW; SILVA, 2019).

Compreendemos que o envelhecimento é um desafio para alguns profissionais ou setores de saúde, devido às mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais e à prevalência de doenças crônicas, já que a pessoa idosa precisa de atendimentos específicos e singulares às quais a AB e os profissionais de saúde estão se adequando. Para isso, é necessário criar estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças direcionadas à população idosa, que são essenciais para um envelhecimento saudável (BRASIL, 2013).

Alguns dos desafios apontados por Schenker e Costa (2019) são a desarticulação das redes intra e intersetoriais que fragilizam o atendimento em saúde da pessoa idosa, a dificuldade de acesso, a limitação da atuação da equipe da ESF, a falta de recursos humanos e materiais e o fato de o próprio idoso não compreender a resolutividade da assistência ofertada.

Assim, é preciso conhecer o que pensam os idosos sobre saúde e atendimento, visando buscar meios para resolver as dificuldades evidenciadas, porquanto a assistência a eles ainda é limitada. E embora deva ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica,

com abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, na Atenção Básica, ainda se encontram programas historicamente desenvolvidos nas unidades básicas de saúde em que o idoso é atendido dentro dos programas de hipertensão e diabetes ou encaixados em outras realidades sem que se considerem as especificidades do processo de envelhecimento (MAEYAMA *et al.*, 2020).

Para vivenciar um envelhecimento saudável, é imprescindível criar medidas objetivas que identifiquem marcadores biológicos de declínios da saúde, porque os indivíduos envelhecem de maneira diferente (SANTONI *et al.*, 2017). Este estudo se justifica devido à necessidade de conhecer a potencialidade das ações socioeducativas e de promoção da saúde para proporcionar um envelhecimento saudável, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica e PNSPI.

Considerar o olhar dos idosos para essas questões possibilita conhecer as dimensões subjetivas envolvidas nesse processo e, de forma singular, compreender os significados que o processo saúde-doença adquire para esses sujeitos que buscam o cuidado e pensar em estratégias e intervenções no âmbito dos serviços. Compartilhamos da premissa de que são as próprias pessoas idosas que melhor podem traduzir o significado de saúde e do atendimento na perspectiva do envelhecimento saudável, pois vivenciam cotidianamente o processo de envelhecimento. Convém enfatizar a contribuição deste estudo como uma possibilidade de potencializar a discussão sobre o tema, pois as publicações são pouco expressivas nesse campo, diante da importância das ações socioeducativas e de promoção da saúde na produção do cuidado integral, reforçando a clínica ampliada e a humanização da assistência no cuidado voltado para a população, em especial, os idosos.

É importante ressaltar a necessidade de novas práticas de saúde, que devem ser analisadas e aplicadas no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo no que se refere ao trato com a população idosa, o que representa um estímulo para melhorar a qualidade de vida e a saúde. Diante dessa realidade, que ainda é pouco explorada do ponto de vista do atendimento oferecido aos idosos, tanto no campo das políticas (ações que ainda precisam ser implementadas) quanto em relação ao que eles pensam sobre saúde e à própria qualificação profissional nesse contexto, configuram-se aspectos relevantes a serem mais bem estudados na prática para que se tenha efetivamente um envelhecimento saudável.

Assim, considerando o exposto, questionamos: O que pensam os idosos sobre saúde e o atendimento oferecido na atenção básica a partir das ações socioeducativas em saúde para proporcionar um envelhecimento saudável?

Para responder a tal questionamento, este estudo tem os seguintes **objetivos**:

Geral:

- Analisar as concepções dos idosos sobre saúde e atendimento a partir das ações socioeducativas oferecidas na Atenção Básica de Saúde, como uma dimensão importante a ser considerada visando a um envelhecimento saudável.

Específicos:

- Apreender as concepções de ‘saúde’ para os idosos atendidos na Atenção Básica;
- Conhecer o que pensam os idosos sobre o ‘atendimento’ na Atenção Básica na promoção de um envelhecimento saudável.

2 ESTADO DA ARTE

2.1 ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO E SUAS IMPLICAÇÕES NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Na antiguidade, a saúde era concebida como um aspecto sobrenatural e associada à morte, e a doença era entendida como uma forma de controle e punição divina. Durante muitos anos, essa visão acerca da saúde prevaleceu. Porém, com os escritos atribuídos a Hipócrates, essa concepção passou a ser mais racional e ligada à Medicina, e a saúde passou a ser entendida como uma organização do corpo humano, e a doença, como sua desorganização e desestruturação, seja por alteração dos fluidos corpóreos ou fatores ambientais (ARAÚJO; XAVIER, 2014).

Assim, no final do Século XIX, foram registrados, efetivamente, avanços nos estudos acerca das doenças, etiologia e as formas de tratamento. Nesse sentido, foi pontuada uma série de causas, que iam desde os métodos estatísticos às más condições sanitárias e ao aumento da mortalidade que impulsionaram a revolução da medicina aos avanços tecnológicos, estabelecendo medidas de saúde pública e formação de sanitaristas, visando a promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida com medidas de controle social (ARAÚJO; XAVIER, 2014).

Com essa evolução, o termo saúde passou a ter um conceito universalmente aceito e discutido depois da Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS. Assim, em 1948, através da carta de princípios, a OMS divulgou o conceito de “saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, o que implicou o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção (SCLiar, 2007).

Com esse conceito amplo e subjetivo da OMS, as críticas e as objeções começaram a surgir, uma vez que a definição foi considerada utópica, principalmente pela dificuldade de definir em sua completude o significado de “completo bem-estar”. Mas as análises sobre essa concepção também eram de natureza política e libertária, e isso possibilitou que o Estado interviesse na vida do cidadão, com a justificativa de que estaria promovendo saúde (ARAÚJO; XAVIER, 2014). Em resposta a essas críticas, a primeira objeção surgiu com o conceito de Christopher Boorse (1977), que definiu saúde como a ausência de doença, de forma objetiva, avaliando a eficiência das funções biológicas sem permitir juízo de valor (SCLiar, 2007).

A seguir, em 1978, na região de Alma-Ata, foi realizada a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a qual se ressaltou a responsabilidade do governo de promover saúde, pontuando desigualdades entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, destacando a importância da participação popular no planejamento e na implantação dos cuidados voltados para a saúde, a qual foi definida como uma importante meta social mundial a ser considerada e como direito humano fundamental que necessita de esforços conjuntos, seja dos governos, de profissionais e das comunidades, para que seja concedido ao povo o direito à saúde (BRASIL, 2002; LOURENÇO *et al.*, 2014).

No Brasil, em 1986, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), foi adotado um conceito mais ampliado de saúde, fruto de diversas mobilizações ocorridas nos países da América Latina, como resposta ao autoritarismo e à crise dos sistemas públicos de saúde vigentes, e a saúde passou a ter uma concepção mais ampla e vista de forma integral, envolvendo todos os aspectos da vida do ser humano, e passou a ser encarada como uma consequência das condições de alimentação, educação, renda, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, habitação, meio ambiente e, sobretudo dos serviços de saúde (CAPONI, 1997).

Com a promulgação da CF em 1988, no Art. 196, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, visando reduzir o risco de doença e outros agravos, como o acesso universal e igualitário com foco das ações e dos serviços na promoção, proteção e recuperação. Ademais, a CF não se limitou a garantir esse direito à saúde, como também mostrou como seria a atuação do órgão administrativo, conferindo o que seria o SUS, concretizado a partir das Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90 que, respectivamente, dispõem sobre as atribuições e o funcionamento do SUS e sobre a atuação da sociedade na gestão do SUS e transferências de recursos financeiros intergovernamentais na área da saúde (MOURA, 2013).

No Brasil, com a criação do SUS, a saúde passou a ser considerada como direito de cidadania, fundamentado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade e nas diretrizes de descentralização, regionalização e participação da comunidade, ratificando a saúde como um valor e um direito humano essencial reconhecido pela justiça social (LOURENÇO *et al.*, 2014).

Assim, quando se pensa em saúde como um direito correlacionado com a realidade mundial do envelhecimento populacional, reflete-se sobre a possibilidade de uma vida mais longa e com autonomia. Logo, o envelhecimento passa a ser visto como um evento heterogêneo, progressivo e multifatorial, que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais, demográficos, jurídicos, éticos e culturais (LOPES, 2007), e é compreendido por duas linhas

conceituais: o envelhecimento populacional e o natural, em que a primeira o trata como um evento social com características demográficas e epidemiológicas, e a segunda procura envolver especificidades biopsicossociais da velhice, constituindo a essência da vida humana (NOGUEIRA, 2016).

Além de envolver aspectos biológicos, bioquímicos, funcionais, psicológicos e sociais, é importante entender que existe um aspecto cronológico no processo de envelhecimento (SANTOS *et al.*, 2012) e que, embora entendendo que existe uma idade que demarca o início da vida idosa, segundo a configuração da OMS, observa-se que as pessoas envelhecem de modo distinto e que a velocidade associada a tal processo retrata as diferenças relativas ao estado da saúde de cada um e a forma como esse indivíduo está se cuidando (OMS, 2005).

O aumento da população idosa e seus hábitos de vida modificaram seu perfil da morbimortalidade e elevou o índice de doenças crônicas não transmissíveis, levando a uma desaceleração das doenças infectocontagiosas antes prevalentes, embora, a ocorrência de algumas doenças infecciosas ainda permaneça. Assim, a pluralidade de ações e as adoções de diferentes intervenções, ora de caráter preventivo ora de promoção da saúde, devem se constituir como investimentos dos governos e das instituições formadoras, estimulando a prática da adoção de um cuidado mais humanizado, com ênfase à valorização do trabalho multiprofissional (ZAGO *et al.*, 2015).

Nesse sentido, atentamos para a questão de que a velhice é um desafio pessoal e coletivo, um processo normal e irreversível que precisa ser assistido através de intervenções em saúde, psicossociais, econômicas e ambientais. É fato que o idoso necessita de uma assistência à saúde criteriosa e cuidadosa, com base em suas especificidades de saúde, objetivando identificar problemas implícitos à queixa principal, uma vez que apresentam características bastante peculiares quando comparadas com as demais idades (ARAÚJO; MONTEIRO, 2011). Logo, o envelhecimento acarreta inúmeras transformações na população e precisa ser analisado considerando-se múltiplos fatores: sociabilidade, relações entre as gerações, transmissões materiais e efetivas, inúmeras formas de violência e isolamento, dentre outros (TURA *et al.*, 2014).

Para os referidos autores, apesar das doenças e das limitações, existe uma forma de amenizar esses sintomas por meio de serviços preventivos, do controle de fatores de riscos e da utilização de hábitos benéficos à saúde, visando a um envelhecimento saudável.

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, a heterogeneidade dos atributos e a premência de saúde de idosos advém de fatos que ocorrem durante toda a extensão da vida e, ressalta a importância de enfocar o estágio de vida para se compreender a natureza

do envelhecimento. Esse documento visa ampliar as discussões sobre as recomendações da saúde pública mais apropriadas para o envelhecer das populações em consonância à implementação de políticas e serviços alicerçados na promoção do envelhecimento saudável e dar ênfase aos conceitos de capacidade intrínseca, capacidade funcional e ambientes. Sendo a capacidade intrínseca definida como a junção de todas as habilidades físicas e mentais que uma pessoa pode recorrer quando necessitar, como herança genética, características pessoais (sexo, grupo étnico etc.) e uma variedade de aspectos relativos à saúde, como doenças, lesões e alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes do envelhecimento. A capacidade funcional é conceituada como todas as aptidões que possibilitam a uma pessoa ser ou fazer algo que ela aprecia. É definida pela associação da capacidade individual intrínseca com os elementos ambientais relevantes e as interações entre o indivíduo e esses elementos. Os ambientes abrangem todos os elementos físicos e sociais que compõem o mundo em que vivemos, como, por exemplo, as acessibilidades, pessoas e seus relacionamentos, as atitudes, os valores, os sistemas e as políticas de saúde e de apoio social, e os serviços que as implementam. Ao recorrer a esses conceitos, a OMS declara que a enorme variabilidade que vemos ao nível da longevidade e da capacidade intrínseca na idade mais avançada pode ser elucidada pela reciprocidade estabelecida entre o indivíduo e os ambientes que a pessoa vivenciou durante sua existência. O ambiente é assinalado como um determinante mais potente na capacidade funcional, porquanto estabelece se em qualquer grau de capacidade intrínseca as pessoas conseguem fazer algo que são relevantes para elas (OMS, 2015).

O processo de envelhecimento é considerado saudável quando o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional favorecem para que as pessoas sejam ou façam o que apreciam, promovendo qualidade de vida em idade avançada. Assim, podemos entender que nem a capacidade intrínseca nem a capacidade funcional são constantes. Embora ambas diminuam com o avanço da idade, as opções de vida ou as intervenções em diferentes contextos, durante o ciclo da vida, determinarão o percurso de cada pessoa. Nesse sentido, o envelhecimento saudável precisa ser definido como prioridade de políticas em todas as esferas de assistência à saúde, buscando-se a implementação de estratégias e planos de ação nacionais, regionais, estaduais ou municipais para assegurar uma resposta coordenada nos diversos níveis do governo. O envelhecimento saudável é o foco do trabalho da OMS sobre o envelhecimento entre 2015 e 2030, em que se enfatiza a necessidade de ações articuladas em vários setores para que idosos continuem ativos nos contextos familiar, comunitário e econômico (OMS, 2015).

Nessa perspectiva, a determinação social utilizada para retratar o envelhecimento da população requer uma transformação dos sistemas de saúde que substitua os modelos curativos

com foco na doença pela oferta de uma atenção integrada e fundamentada nas necessidades biopsicossociais dos idosos. No contexto brasileiro, as legislações e as políticas que viabilizam a assistência integral e a promoção da saúde do idoso defendem a promoção uma vida saudável e independente. São elas: a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional da Saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso, o Pacto pela vida e a PNSPI (ALEXANDRE; CORDEIRO: 2009; VERAS: 2009).

No Brasil, a PNI, regulamentada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, visa garantir os direitos fundamentais do idoso e estabelecer condições para fortalecer sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Em seu Art. 10, a lei retrata extensivamente variadas competências dos órgãos e das entidades públicas, no que se refere à saúde do idoso, dentre elas, a garantia da assistência nos diversos níveis de atendimento do SUS; a prevenção de doenças, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde por meio de programas e medidas profiláticas; e a realização de estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, visando prevenir, tratar e reabilitar (BRASIL, 1994). Em 1999, o MS, através da Portaria 1.395/99, promulgou a Política Nacional de Saúde do Idoso, que institui a ação do setor de saúde no âmbito da atenção integral à população idosa e da que está em processo de envelhecimento, em consonância com as demais leis que garantem os direitos desse segmento populacional (BRASIL, 1994; BRASIL, 1999).

Com a edição da Portaria Ministerial nº 702/2002, foram estabelecidas a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como parâmetros a condição de gestão e a divisão de responsabilidades definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte da operacionalização das redes, são criados critérios para cadastrar os Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso.

O Estatuto do Idoso, instituído em 2003 pela Lei nº 10.741, teve intensa participação de entidades de defesa dos idosos. Seu conteúdo contém as respostas do Estado e da sociedade para as necessidades desses indivíduos, prevê o atendimento sistematizado, preconiza a prevenção de doenças e a manutenção da saúde do idoso, através de uma atenção integral, com acesso universal e igualitário. Foi criado para regulamentar os direitos assegurados à pessoa idosa, determinar as obrigações das entidades assistenciais e atribuir penalidades nas situações de desrespeito ao idoso (BRASIL, 2003).

Tendo em vista as discussões sobre as legislações vigentes que asseguram o direito à pessoa idosa e a persistente prática insatisfatória da saúde no Brasil, em 2006, através da Portaria GM/MS/399/06, foi aprovado o Pacto pela Saúde, em que o Pacto pela Vida visa à saúde do idoso como uma das prioridades. Pela primeira vez, a saúde do idoso entra como

prioridade nas três esferas de governo através do Pacto pela Vida, que apresenta um compromisso firmado entre os gestores do SUS para efetivar ações marcadas por diretrizes que abordam a integralidade, a intersetorialidade, a participação popular, a qualificação profissional, a realização de pesquisas, a veiculação das informações e o reconhecimento da diversidade das populações mais velhas. É mister dizer que foi com as ações desencadeadas através do Pacto que a PNSPI foi estruturada (NOGUEIRA, 2016).

Tendo em vista que o setor de saúde necessita de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, em 19 de outubro de 2006, foi aprovada a PNSPI, através da Portaria nº. 2.528, e revogada a Portaria nº. 1.395/99, referente à Política Nacional de Saúde do Idoso, até então vigente, que definiu que, na atenção à saúde dessa população, devem ser incorporados mecanismos que promovam a qualidade da atenção voltada para a pessoa idosa e deliberem as questões relacionadas a ela, com o envolvimento dos profissionais da AB e das equipes da saúde da família, incluindo assistência domiciliar e ambulatorial, com uma avaliação funcional e psicossocial adequada (BRASIL, 2006a).

A PNSPI determina que órgãos e entidades do MS que tenham ações voltadas para a saúde do idoso formulem ou readequem seus planos, programas, projetos e atividades e apresentem como propósito fundamental o envelhecimento saudável com ênfase na manutenção e na melhoria da capacidade funcional dos idosos (BRASIL, 2006).

Na perspectiva de um envelhecimento saudável, em 2002, a OMS adotou o termo ‘envelhecimento ativo’. Por conseguinte, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa inclui a promoção do envelhecimento saudável e ativo como uma das principais diretrizes. Envelhecerativamente, isto é, com capacidade funcional e autonomia, é a meta de toda ação de saúde. Essa abordagem fundamenta-se na afirmação dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Com o intuito de fortalecer o conceito de envelhecimento saudável, a OMS ressalta que os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa (OMS, 2005).

O envelhecimento saudável pode ser entendido a partir de seus três componentes: menos probabilidade de adoecer; alta capacidade funcional física e mental; e engajamento social ativo com a vida. As ações de saúde devem ter como meta elevar os anos de vida saudável, diminuir as discrepâncias na saúde entre os diversos grupos populacionais e proporcionar o acesso aos serviços preventivos de saúde. Nesse sentido, é necessário incentivar e equilibrar a responsabilidade no autocuidado, assegurar ambientes amistosos para a faixa etária e estimular

as relações intergeracionais. As famílias e os indivíduos devem se organizar para a velhice. Para isso, precisam adotar uma postura de práticas saudáveis em todos os ciclos da vida (BRASIL, 2006a).

Segundo o MS (2006), a atenção à saúde da pessoa idosa, por meio da avaliação da capacidade funcional, tem demonstrado ser mais significativa nas intervenções terapêuticas. Dois conceitos são interligados e interdependentes quando se discute sobre a capacidade funcional: o de autonomia e o de independência. A autonomia pode ser definida como autogoverno e se expressa na liberdade de agir e de tomar decisões. Já a independência é a capacidade que uma pessoa tem de realizar as atividades sem a ajuda de outra pessoa. Assim, a manutenção da capacidade funcional de idosos deve nortear ações de saúde, porquanto a capacidade de fazer as atividades e tomar decisões torna as pessoas idosas mais autoconfiantes para a vida em comunidade

Um envelhecimento saudável é importante devido à sua relação com a manutenção da autonomia, responsável diretamente pela influência na capacidade funcional do idoso como um meio de estabelecer uma relação harmônica entre a saúde física e a mental, a integração social, o suporte familiar e a independência na vida diária e econômica (TOLDRA *et al.*, 2014).

De acordo com Santos e Silva (2013), embora muito se tenha avançado na legislação voltada para os cuidados da população idosa, as políticas públicas são frágeis e tornam a prática insuficiente e ineficaz no exercício de suas funções com resolutividade. Corroborando essa afirmativa de que o sistema de saúde brasileiro ainda não está estruturado para lidar com a população em questão, Cruz, Caetano e Leite (2010) afirmam que é evidente o grau de desarticulação dentro do próprio sistema, o que dificulta a aplicação de suas ações e constitui-se como uma barreira para operacionalizar qualquer lógica de concepção da atenção à saúde do idoso, baseada em uma avaliação multidisciplinar e em uma atuação interdisciplinar.

Nesse sentido, Fernandes e Soares (2012) relatam que, apesar de tantas políticas direcionadas ao idoso, sua implementação ocorre de forma complexa e com muitos obstáculos, e isso pode estar ligado à captação precária de recursos, à fragilidade no sistema de informação para análise das condições de vida e saúde, bem como aos recursos humanos pouco capacitados.

Em consonância com a visão dos autores supracitados, fica evidente que não há uma rede de atenção aos idosos com serviços acessíveis e resolutivos. Para Shimizu (2013), estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma alternativa potente para diminuir a fragmentação e consolidar sistemas de saúde integrados que contribuam para o acesso, a continuidade, a integralidade e a racionalização de recursos. A autora acrescenta que um dos

motivos dessa fragmentação do sistema é a insuficiência de recursos, o que contribui para a oferta de atendimento ineficiente.

Consequentemente, é necessário ampliar os investimentos para efetivar as políticas públicas direcionadas aos idosos, sobretudo para planejar e executar os cuidados individualizados e amparados pelo aporte da intersetorialidade (NOGUEIRA, 2016).

2.2 ATENÇÃO BÁSICA: PERCURSO HISTÓRICO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE

Devido à realidade heterogênea e socioeconômica mundial, os serviços de saúde exercem um papel significativo na melhoria da saúde dos indivíduos. As notáveis iniquidades na distribuição de riquezas de um país repercutem diretamente na qualidade da saúde de sua população. Nessa perspectiva, operacionalizar esses serviços que busque uma equidade visando otimizar a saúde e minimizar as disparidades de subgrupos populacionais data do início do Século XX (STARFIELD, 2002).

No Brasil, as lutas dos movimentos sociais pela saúde conseguiram garantir legalmente políticas de caráter universal e extensivo, com destaque para a criação do SUS como o maior movimento de inclusão social já visto na história do país que tem a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada para o referido Sistema de Saúde.

Esse movimento se deu a partir de conquistas na saúde pública do país e iniciou com a discussão sobre APS proposta pela primeira vez, através do Relatório Dawson, produzido pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920. O referido conceito foi usado em uma perspectiva de organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, que considerava o nível de complexidade e de base geográfica definidas com foco na prevenção, na promoção e no coletivo. A partir desse relatório e das concepções da APS, procurou-se mudar a lógica da prática curativa, individual e hospitalocêntrica predominante em grande parte do sistema de saúde nacional (LAVRAS, 2011; FAUSTO; MATTA, 2007).

A Declaração de Alma-Ata apresenta a APS como uma estratégia de transformação baseada em métodos e tecnologias apropriadas, com o propósito de levar saúde para todos e aumentar e facilitar o acesso das pessoas aos serviços, por meio de um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Assim, ao longo dos anos, várias visões acerca da APS foram sendo anunciadas. Para alguns países, tratava-se de um programa seletivo e focado em pessoas de baixa renda, por

ofertar um número reduzido de serviços. Foi criada para reduzir gastos e reformar o Estado (CONIL, 2008; CORBO *et al.*, 2007).

A APS é a primeira instância de cuidados disponível aos usuários do SUS, com acesso direto e imediato. É a atenção que organiza e racionaliza os recursos de forma a otimizar o atendimento e em que há uma gama de serviços disponíveis, mais próximos da comunidade. Coexiste, com a atenção secundária que é composta pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar com densidade tecnológica intermediária e com a atenção terciária, que por sua vez, é composta pelos serviços especializados em nível hospitalar com alta densidade tecnológica (BRASIL, 2010). Compõe a primeira instância de uma rede de cuidados. Na visão clássica de Starfield (2002), a APS seria o primeiro nível de atenção à saúde, onde ocorre o acesso de primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde que, juntamente *com a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado*, configura os atributos essenciais da APS.

Nesse contexto, destaca-se o acesso de primeiro contato, como a porta de entrada aos serviços de saúde, considerado o primeiro recurso a ser buscado diante do problema de saúde, que inicia com a *longitudinalidade*, que é o acompanhamento do usuário ao longo do tempo, a continuidade do cuidado, independentemente da presença de problemas específicos; a *integralidade*, discutida a partir do entendimento do ser humano como uma junção biopsicossocial, em que são necessárias uma assistência à saúde de forma integral para cada pessoa e a garantia dessa integralidade do ponto de vista da organização da atenção, articulando as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de cada pessoa; e a *coordenação*, que é a articulação entre os serviços e as ações de saúde com o objetivo comum que é promover saúde de forma integrada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No Brasil, a criação do SUS possibilitou um grande impulso na APS, que se estruturou com uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados e incorporou os princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e participação popular, objetivando suprir as necessidades de saúde dos grupos sociais (MORAIS, 2019; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A rede de cuidados do SUS, se organiza em níveis de atenção de acordo com o grau de densidade tecnológica. No Brasil, a AB, isto é, a APS, foi iniciada em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) instituído e implementado com o objetivo de reduzir as alarmantes altas taxas de mortalidade infantil e materna verificadas na Região Nordeste (SIMAS; PINTO, 2017). Inicialmente, o trabalho no PACS foi desenvolvido por pessoas que eram da comunidade e foram capacitadas para exercer o trabalho sob a supervisão

do profissional de saúde, com vistas a descentralizar as ações de saúde, oferecendo o acesso e a universalização do atendimento à saúde (MORAIS, 2019).

A experiência bem-sucedida do PACS impulsionou a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 - uma importante estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente no país, que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das famílias (COSTA *et al.*, 2009) e visou garantir a integralidade das ações e a continuidade do cuidado, através de um trabalho em equipe e multiprofissional, com acolhimento, vínculo e valorização da família no território adscrito (GARUZI *et al.*, 2014).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2011, que estabelece a reformulação das diretrizes e normas para organizar a AB para o PACS e o PSF criando a ESF para consolidar uma APS forte, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde. Pauta-se em noções de território de abrangência e adscrição da população, em que cada equipe de saúde se responsabiliza pelo cadastramento e pelo acompanhamento da população em sua área de trabalho, e o número máximo de pessoas que devem ser acompanhadas por cada equipe não deve ultrapassar 4.000, portanto, recomenda-se uma média de 3.000 pessoas. Para que o processo de trabalho seja eficaz, as equipes de saúde devem conhecer e assistir integralmente as famílias do seu território, identificar problemas de saúde e situações de riscos da comunidade e desenvolver as diversas atividades, seja de ações educativas e intersetoriais, para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença (BRASIL, 2017; ESCOREL *et al.*, 2007).

Nesse contexto, foi institucionalizada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da portaria MS/GM nº 687/2006, uma política transversal formada de um conjunto de estratégias e ações para proporcionar saúde e composta de redes de compromisso e corresponsabilidades quanto à qualidade de vida da população, entre os diversos setores do governo, os privados e a sociedade. Assim, no SUS, a promoção da saúde se configura como uma possibilidade de enfocar os diversos aspectos que determinam o processo saúde-doença e ampliar o escopo das intervenções em saúde que incidem sobre as condições de vida e as escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades (BRASIL, 2006).

Partindo-se da premissa de que a Atenção Primária deve incorporar as ações de promoção da saúde no cardápio de ofertas dos serviços de saúde à população, a realidade retrata que, apesar de estar ganhando espaço, a maioria dos profissionais da ESF não as executam amplamente e as desconhece relativamente, embora demonstrem interesse em desenvolvê-las no cotidiano de suas práticas (KESKLER, 2018). Esses são temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas em permanente diálogo com as

demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias: I - formação e educação permanente; II - alimentação adequada e saudável; III - práticas corporais e atividades físicas; IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; VI - promoção da mobilidade segura; VII - promoção da cultura da paz e de direitos humanos; VIII - promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014).

Cabe destacar que, a despeito do modelo assistencial, as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica devem ser expressas na estruturação das RAS conforme os princípios e os objetivos da PNPS, considerando que a oferta de ações de promoção da saúde ainda está preponderantemente elaborada de acordo com as tradicionalmente desenvolvidas desde a implantação da AB (KESKLER *et al.*, 2018).

A instituição e a implementação das diversas ações provocaram mudanças nas formas de alocar recursos e de remunerar os serviços de saúde. Esse novo modelo tinha o caráter substitutivo em relação à rede da APS tradicional, deslocando os ambulatórios especializados de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, além das especialidades menos generalistas. Reorientações normativas se seguiram no sentido de transformar a Estratégia Saúde da Família em uma porta de entrada cada vez mais resolutiva do sistema de saúde brasileiro, o locus principal da APS (PORTELA, 2017).

Convém enfatizar que, dentro da APS, além da ESF, temos outro modelo de assistência mais tradicional: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que trabalham com demanda espontânea da população, visando promover o intervencionismo antes de controlar e de monitorar as doenças com a ajuda da vigilância à saúde, enquanto a ESF trabalha com o foco na prevenção e na promoção a saúde e obedece ao preceito da delimitação de área de abrangência com adscrição de clientela, visando ao bem-estar mencionado na definição de saúde proposta pela OMS (BRASIL, 2005; ELIAS *et al.*, 2006).

Pesquisa comparativa entre os dois tipos de APS, realizada por Elias *et al* (2006), mostrou que a ESF é mais efetiva quanto à oferta e à utilização de ações de saúde. Diversas pesquisas de associação entre ações orientadas aos atributos da APS e a qualidade dos serviços prestados com a ESF têm demonstrado que as ações de saúde têm sido efetivas e resolutivas (TURCI *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014), porquanto vêm reduzindo as taxas de mortalidade globais e infantil e de doenças cardíacas e detectando precocemente neoplasias (HARZHEIM *et al.*, 2013). Em suma, quando a ESF atua em conexão com os atributos da APS, as ações são efetivas, com atenção integral voltada para os indivíduos, a família e a comunidade (CARRER *et al.*, 2016).

Ressalte-se, no entanto, que, apesar dos avanços e das melhorias, alguns entraves, como problemas estruturais, financeiros, de recursos humanos, entre outros, dificultam a expansão da assistência à saúde, e a APS tem encontrado problemas que dificultam fortalecer sua função de ser a porta de entrada por diversos motivos, como o fato de a população preferir os serviços de emergência, a acessibilidade no horário de atendimento desses serviços, a resolução do problema de saúde de forma mais imediata ou a falta de médicos nas unidades de saúde (CARRER *et al.*, 2016, FREIRE *et al.*, 2015).

Para além da porta de entrada, o acesso à ESF diz respeito, sobretudo, à resolutividade do problema de saúde do usuário. Assim, a fragilidade do atributo acesso denota que é preciso, com urgência, reformular o processo de trabalho, o acolhimento ofertado aos usuários, a forma de organizar práticas e o modo de melhorar e qualificar a acessibilidade dos usuários à APS (CARRER *et al.*, 2016). Nesse sentido, é importante considerar que, além dessas mudanças, é necessário fazer inovações e promover novas práticas dentro da ESF, como forma de resgatar e garantir o atendimento dos usuários nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Conforme Drescher *et al* (2016), os espaços onde atuam os profissionais da ESF são o lócus de referência para usuários que se encontram vulneráveis e com a saúde comprometida. É na APS que a interação e o cuidado devem acontecer primeiro. É relevante construir uma dialética capaz de compreender a percepção desses profissionais sobre o manejo das patologias juntamente com cada usuário, para que se possa otimizar o cuidado singular, porém integrando o sujeito em sua sistêmica familiar, visto que a doença, muitas vezes, não atinge somente o indivíduo, mas também todos os membros da família.

A comunidade tem a APS como a instância mais próxima de sua realidade e de acesso ao cuidado integral em saúde. A ESF é a ferramenta, por excelência, disponível para identificar precocemente as doenças, preveni-las, tratá-las e minimizar os agravos à saúde. Entretanto, as demandas são inúmeras e desafiadoras, razão por que é preciso, investir urgentemente em uma rede de cuidados sensível, com articulações adequadas e intersetorialidade concreta e ampliar a capacidade técnica das equipes de saúde da família para que alcancem eficácia com o incremento do cuidado ampliado desde os primeiros sinais da necessidade do usuário (SOUZA *et al.*, 2017).

Segundo Morosini et al 2018, as modificações introduzidas no âmbito do SUS pela PNAB 2017 imprimem um retrocesso no contexto da atenção básica/saúde da família, visto que banalizam a cobertura universal, o fracionamento do acesso, a reestruturação das equipes, a modificação do processo de trabalho, ao limitar o trabalho do agente comunitário de saúde e o do agente de combate às endemias e, sobretudo, enfraquecem o componente multiprofissional

afetando principalmente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a extinção do descredenciamento e o financiamento federal.

No tocante ao envelhecimento, Oliveira *et al* (2013) afirmam que o sistema de saúde precisa ser reestruturado para enfrentar os desafios da multimorbidade permitindo um atendimento significativo das suas necessidades na perspectiva do envelhecimento saudável. Nessa perspectiva, é necessário romper com a fragmentação das ações de saúde ainda existente SUS e restaurar o potencial da AB na gestão do cuidado com os idosos e na organização das redes de atenção. O investimento individual e coletivo em promoção da saúde, no percurso da vida, é um pressuposto básico para se chegar a velhice com uma carga reduzida de doença e de incapacidade, mitigando os custos e o impacto que a longevidade mal assistida pode provocar para os indivíduos e para a nação (COELHO FILHO, 2013).

Vale salientar que, no contexto dos cuidados dispensados à população idosa, a atenção básica está na ordem do dia não só no Brasil, que envelhece muito rapidamente, mas também nos países desenvolvidos que já têm um percentual alto de pessoas idosas em suas populações. Por essa razão, comprehende-se o esforço das Nações Unidas e, em particular, da Organização Mundial da Saúde em buscar consensos e diretrizes que visem a um processo de envelhecimento ativo e saudável. A Assembleia das Nações Unidas, em fins do ano passado, declarou a década de 2020 a 2030 como a “Década do Envelhecimento Saudável”. Essa iniciativa das Nações Unidas assumiu a extrema relevância no contexto atual de pandemia de coronavírus, pois, dentre os óbitos em escala planetária, mais de 70% foram de pessoas com idades de 75 anos e mais. Muitas vidas se foram e com elas histórias, afetos e vazios familiares (OMS, 2020).

Assim, no contexto da Atenção Primária, as ações socioeducativas e de promoção da saúde têm um grande potencial e abrem um leque de possibilidades no processo de trabalho dos profissionais, sobretudo no cuidado voltado para as pessoas idosas, pois contribuem para um envelhecimento saudável e mantêm a capacidade funcional e bem-estar.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, em que se priorizaram as falas dos participantes no contexto dos serviços de saúde. Este estudo vinculou-se ao Grupo Internacional de Estudo e Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS) do Laboratório Saúde, Envelhecimento e Sociedade (LASES) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada no Distrito Sanitário V (DS), e no Centro de Práticas Integrativas e Complementares - Equilíbrio do Ser (CPICS), ambos localizados no Município de João Pessoa-Paraíba.

Do ponto de vista sanitário, a rede de serviços de saúde está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários que recortam toda a extensão territorial da cidade. Dentre as ações definidas pela Secretaria Municipal de Saúde para organizar sua RAS, a estratégia referente à saúde da família constitui o eixo norteador para a organização da atenção básica. Atualmente o município de João Pessoa conta com 200 Unidades de Saúde da Família. Esse é um dos pontos fundamentais para construir um sistema universal, equânime e integral. A escolha por essa unidade deveu-se ao fato de os idosos serem assíduos quanto à participação nas atividades de educação em saúde e assistidos por essa equipe de saúde da família através de ações básicas de saúde voltadas para a prevenção de doenças, a promoção, e a recuperação da saúde.

Quanto ao CPICS, foi escolhido por ser um serviço de referência para as USF no estímulo à utilização de mecanismos naturais de promoção da saúde, prevenção de agravos, manutenção e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, e localiza-se na região sul da cidade.

Nesse centro, são oferecidas práticas individuais de medicina tradicional chinesa/acupuntura, Auriculoterapia, aromaterapia, cromoterapia, terapia floral, homeopatia pediátrica, fitoterapia, massagem ayurveda, moxa, reflexologia, reiki, terapia de reprogramação de traumas e ventosaterapia, além das práticas desenvolvidas coletivamente, como tai chi chuan, automassagem, terapia comunitária integrativa, meditação, biodança, permacultura, resgate da autoestima, constelação familiar, yoga para crianças, yoga para gestantes, yoga para

adultos, grupos coletivos de auriculoterapia, alimentação saudável, chá da tarde - fitoterapia, arteterapia e contação de histórias.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 30 idosos de ambos os sexos, que frequentam o CPICS Equilíbrio do Ser e a USF escolhida, citadas anteriormente, em João Pessoa-PB. Os frequentadores do CPICS são usuários das diversas práticas disponibilizadas pelo serviço, sobretudo as que se desenvolvem coletivamente, e os que frequentam a USF são usuários e participantes dos grupos em que são disponibilizadas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Para selecionar a amostra, adotamos os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade e participar de atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos grupos dos referidos serviços. Quanto aos critérios de exclusão, foram desconsiderados os idosos que estavam doentes, viajando durante o período de coleta de informações e que não estavam participando dos grupos no momento das entrevistas. A seleção dos sujeitos foi intencional, por ser indispensável incluir os que tivessem vinculação significativa com a questão em estudo. O uso da amostragem intencional tornou o trabalho mais rico, em termos qualitativos, a partir da definição do pesquisador sobre os sujeitos do estudo, o que envolve conhecimento teórico relacionado ao objeto de estudo e o corpus a ser estudado (ANDRADE, 2010).

3.4 COLETA DOS DADOS

Neste estudo, para coletar os dados, utilizamos a técnica de grupo focal, que é considerada de primordial importância para estudos da área de saúde que visam apreender o que pensam diferentes usuários de saúde sobre as relações com diferentes grupos de profissionais. Nesse sentido, foram estabelecidas quatro sessões por grupo, empregando-se o “critério de saturação ou redundância” para definir a amostra, que corresponde em interromper a coleta, quando a fala dos sujeitos for repetitiva, conforme Costa (*et al.* 2018).

Devido à sua interligação com a produção de dados em pesquisas qualitativas, a técnica de grupo focal destaca-se como um processo de interpretação e compreensão que se constitui como essência pela ontologia da realidade, que orienta a construção do problema de pesquisa e projeta o objeto a ser estudado (ARAUJJO; OLIVEIRA; ROSSATO, 2016).

O estudo que teve o objetivo estabelecer o grupo focal como técnica de coleta de dados para uma tese de Doutorado resultante de pesquisa qualitativa, Ressel *et al* (2008) concluíram que, por meio dessa técnica, podem-se desvelar os sentidos e os significados que caracterizam a visão sob o ângulo dos sujeitos participantes da pesquisa e manifestar as subjetividades que permeiam a complexidade cultural, emergindo durante o processo diferenças nas experiências, nos sentimentos e nas expressões vivenciadas.

Para Dall'Agnol *et al* (2012), o grupo focal é uma ferramenta de intervenção que considera a interação entre os participantes de um grupo a partir da constituição de relações dialógicas através das discussões e da elaboração de estratégias para resolver problemas e transformar realidades, considerando a troca de experiências e a aprendizagem em coletivo sobre uma questão específica. Assim, institui o protagonismo dos sujeitos em um movimento dialético de produção dos resultados da pesquisa.

Kitzinger (2000) refere que o grupo focal se configura em entrevistas com grupos, embasado na comunicação e na interação, com o objetivo de reunir informações sobre um tema específico sugerido por um pesquisador, a partir de um grupo de participantes selecionados. Assim, busca extrair informações que possam proporcionar a compreensão e percepções, crenças e atitudes sobre um tema, produto ou serviço.

Nesse sentido, as sessões grupais são empregadas como um espaço que auxilia a expressão de características culturais e psicossociais e pressupõe a obtenção de dados com discussões efetivamente planejadas. Devem permitir que seus participantes expressem crenças, percepções, valores, expectativas, anseios, receios e atitudes dos universos culturais e vocabulares a respeito de determinado assunto, em um ambiente informal e descontraído (KINALSKI *et al*, 2017).

3.4.1 Processo de coleta dos dados

Inicialmente, realizamos um grupo focal considerado piloto, em setembro de 2019, no CPICS, composto por oito idosos. Considerando os resultados, os guias temáticos foram adaptados, buscando imprimir a qualidade das informações a serem coletadas nos próximos grupos.

Em seguida, organizamos um roteiro-guia construído a partir do grupo focal piloto a ser adotado a partir dos ajustes dos itens, subsidiados nos objetivos do estudo para iniciar os demais grupos focais, contemplando duas partes: a primeira, com os dados sociodemográficos, e a segunda, sobre questões centradas nos objetivos do estudo: 1 - O que é saúde para o(a) Sr(a)?, 2 - Fale sobre o atendimento em saúde do serviço que o(a) Sr(a) frequenta e 3 - Descreva as principais mudanças ocorridas em sua saúde depois de ter sido atendido/a nesse serviço. Participaram do GF 30 usuários idosos, distribuídos da seguinte maneira: um grupo composto de 15 idosos usuários da USF escolhida (grupo 1) e outro grupo, de 15 idosos usuários do CPICS (2), portanto, dois grupos focais.

Assim, definimos a dimensão dos grupos em atendimento às recomendações indicadas para compor um grupo focal, do qual deverão participar entre seis e quinze pessoas, que compartilhem traços comuns, segundo Dall’Agnol *et al*, 2012. Todos os idosos participantes das entrevistas grupais vivenciaram práticas de prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde tanto na USF quanto no CPICS, o que possibilitou a interação entre os participantes, a instauração de um censo coletivo e o compartilhamento de significados e identidades elaboradas (COSTA, 2012).

No tocante aos atendimentos que mais frequentam, o grupo de idosos do CPICS costuma realizar práticas coletivas ofertadas pelo serviço - uma média de três atividades por idoso de acordo com a disponibilidade e o interesse de cada um deles. São elas: tai chi chuan, automassagem, terapia comunitária integrativa, meditação, biodança, resgate da autoestima, constelação familiar, yoga para adultos, grupos coletivos de auriculoterapia, alimentação saudável, chá da tarde, fitoterapia, arte terapia, alongamento e relaxamento. Quanto aos idosos participantes do grupo constituído na USF, fazem as seguintes atividades: terapia comunitária integrativa, auriculoterapia, artesanato, danças, musicoterapia, dinâmicas educativas, atividades físicas, passeios e rodas de conversas com discussão de temas.

Na organização dos grupos, tivemos o cuidado de promover a homogeneidade dos atributos comuns aos participantes e propiciamos um espaço de satisfação com o intuito de realizar a troca de experiências e impressões. Vale salientar, que essa homogeneidade não

corresponde que as percepções sobre um determinado assunto sejam iguais, pois se deixaria de captar a riqueza que é o contraste de diferentes percepções (COSTA *et al.*, 2018).

É importante considerar as recomendações para executar os grupos focais. Kinalska *et al* (2017), asseveram que os colaboradores devem ser escolhidos de modo que o debate não resulte em infundáveis discussões ou se recusem sistematicamente a emitir opiniões, além de terem condições cognitivas para participar das atividades e da pesquisa.

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa através das sessões grupais realizadas tanto no CPICS quanto na USF. Em seguida, eles foram comunicados sobre a data, o local e o horário de realização das discussões, com antecedência, para garantir a presença de todos. A oportunidade de realizar as sessões grupais nesses locais facilitou o comparecimento de todos pelo envolvimento com esses serviços, e os idosos participantes dos grupos se mostraram interessados para comparecer às entrevistas grupais.

As sessões dos grupos duraram, em média, uma hora e meia a duas horas e foram conduzidas pela moderadora, que introduziu os temas a serem discutidos no grupo, observando os participantes e estimulando-os a se manifestarem. No grupo, foi ressaltado que não haveria julgamento de valor, ou melhor, interpretações de expressões dos participantes certas ou erradas, a fim de que as discussões fluíssem a contento. As discussões dos grupos foram descritas simultaneamente, através de smartphone e com anotações dos observadores que assinalaram as ocorrências, as expressões e as reações dos participantes configurando o diário ou relatório de campo.

Integraram o grupo focal uma moderadora (pesquisadora) e duas observadoras (mestrandas do grupo de pesquisa) que foram essenciais para captar e anotar as expressões não verbais e outros relatos manifestos pelos colaboradores. Na segunda fase de análise, elas colaboraram para esclarecer as dificuldades surgidas na condução das sessões, conforme recomenda Costa (2012). Nas primeiras sessões, os guias temáticos forma reajustados no tocante à sua objetividade, à clareza e à forma sucinta de expressar as falas dos idosos, para evitar a monotonia e o cansaço.

No final da coleta, as gravações foram transcritas com a participação dos observadores, objetivando compreender as falas e correlacioná-las com as reações e/ou expressões anotadas, identificar o sujeito que falou e o que falou, se houve situações que causaram desconfortos e as que o grupo mais valorizou, a partir do cruzamento das anotações dos observadores com as transcrições, imprescindível para que nenhum detalhe fosse perdido, segundo considerações de Costa (2012).

3.4.1.1 Momentos-chave das sessões grupais da pesquisa sobre saúde e atendimento segundo as falas dos idosos atendidos na Atenção Básica

- ✓ Sessões de grupo focal

1. Recepção, agradecimento pela participação, apresentação dos pesquisadores e objetivo da pesquisa

2. Resumo da sessão anterior e descrição do seu objetivo

Na segunda sessão, foi importante iniciar com as combinações e as informações relatadas na primeira, por conta da inserção de novos colaboradores, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

- ✓ Apresentação dos participantes entre si

Através da utilização da dinâmica de dupla, os colaboradores apresentavam o colega ao lado. Não foi necessário refazer a apresentação, pois os participantes que integraram o grupo na segunda sessão já conheciam os demais. Todos utilizaram crachás de identificação com nomes, e os referidos serviços utilizados.

- ✓ Esclarecimentos sobre a dinâmica de discussão participativa

Orientações acerca do seguimento da sessão grupal e guia de temas.

- ✓ Estabelecimento do setting (pacto de convivência).

Durante a primeira sessão, foram pactuados aspectos sobre a logística e a realização das sessões, como a pontualidade, o horário de terminar, o uso de equipamentos eletrônicos e as conversas paralelas. Enfatizou-se o compromisso dos colaboradores e da equipe de coordenação com a natureza confidencial da pesquisa. No final, eles assinaram o TCLE (Apêndice A) e foram incluídos os que tinham disponibilidade para garantir a presença nos grupos. Nas sessões posteriores, esse acordo foi retomado quando necessário.

- ✓ Debate

1. O que o (a) Sr(a) pensa sobre saúde? O que significa ter saúde para o (a) Sr.(a)? O que fazer para melhorar a saúde? O que faz o (a) Sr(a) pensar dessa forma?

2. O que o (a) Sr(a) acha do atendimento desse serviço? O que significa para o (a) Sr(a) um bom atendimento de saúde? Fale sobre as principais contribuições e mudanças ocorridas

em sua saúde depois de ter sido atendido (a) nesse serviço. Quais são algumas das razões para os sentimentos que o (a) Sr(a) relatou?

✓ Síntese

Resgate e ratificação das ideias centrais da discussão grupal.

✓ Encerramento da sessão

Reconhecimento e agradecimento pela participação, combinações para a sessão posterior.

3.4.2 Aspectos éticos

Este estudo, que respeitou os princípios éticos que constam na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas e as diretrizes regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos, faz parte de um projeto maior, intitulado ‘Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades de Saúde da Família’, depois de emitido o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), protocolo nº 261/09 (ANEXO A), e mediante a aceitação do participante depois de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), um documento em que consta que ele concordou em fazer parte da pesquisa e que assegura o sigilo de seus dados e quanto aos benefícios esperados da pesquisa que prevaleceram sobre os malefícios previsíveis (BRASIL, 2012).

Considerando essa Resolução, que preconiza a importância do sigilo, os riscos que envolvem as pesquisas com os seres humanos - podem acontecer de forma imediata ou tardia - devem ser cuidadosamente prevenidos pelo pesquisador. A referida investigação poderia apresentar o risco de expor os participantes, de causar algum tipo de constrangimento ou de quebrar o sigilo e o anonimato em relação aos dados extraídos. Por esse motivo, foram adotados os cuidados necessários para evitar essas ocorrências e para resguardar a privacidade, além de garantir que as informações obtidas fossem de uso exclusivo da pesquisa em questão. Além disso, o agendamento para as entrevistas grupais foi pactuado conforme a disponibilidades dos sujeitos.

Nesse sentido, os participantes foram informados sobre o projeto de investigação e solicitados a assinar o TCLE - com a explanação sobre o documento de forma clara e objetiva. A assinatura desse documento corroborou o consentimento dos participantes e proporcionou

um esclarecimento completo sobre a pesquisa. Em relação às gravações, antes de cada sessão grupal, um colaborador disponibilizava o livro de registro de frequências e autorização de gravação para coletar as assinaturas dos participantes presentes. Ao longo das sessões grupais, nenhum participante se absteve de assinar o referido livro, cientes e de acordo com os procedimentos adotados.

Vale ressaltar que, depois da apresentação final do relatório de tese, todos os resultados e as inferências serão disponibilizados à equipe e à coordenação do serviço, com uma devolutiva sobre a importância de ampliar o uso das ações socioeducativas e de promoção da saúde com ênfase nas práticas integrativas e complementares na rede de serviços da Atenção Básica do município de João Pessoa/Paraíba, como uma ferramenta que pode ser utilizada pelos idosos, por ser um diferencial em sua saúde, porquanto melhora o atendimento de suas necessidades e os configura como sujeitos de suas escolhas.

3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para proceder à análise e ao tratamento dos dados, elaboramos um plano geral especificamente para este estudo, por meio da técnica da análise de conteúdo temática categorial subsidiada em Vala (2005), Bardin (2011) e Krippendorff (1980).

A análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas das comunicações que, segundo Moreira (1998), vem sendo utilizado nas áreas de Educação, Psicologia e Saúde para tratar dados objetivos e subjetivos a partir de diferentes domínios de aplicação. Vala (2005) refere que, por meio das técnicas das comunicações, em que se utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens, a técnica de análise de conteúdo estrutural se configura como uma modalidade importante a ser considerada, por ressaltar as falas dos entrevistados, conferindo-lhes diferentes conteúdos inventariados e inferências sobre a organização do sistema de pensamento dos entrevistados.

3.5.1 Técnica de Análise de Conteúdo Temática Categorial

A técnica da análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações em que se procuram obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrições do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que possibilitem inferir

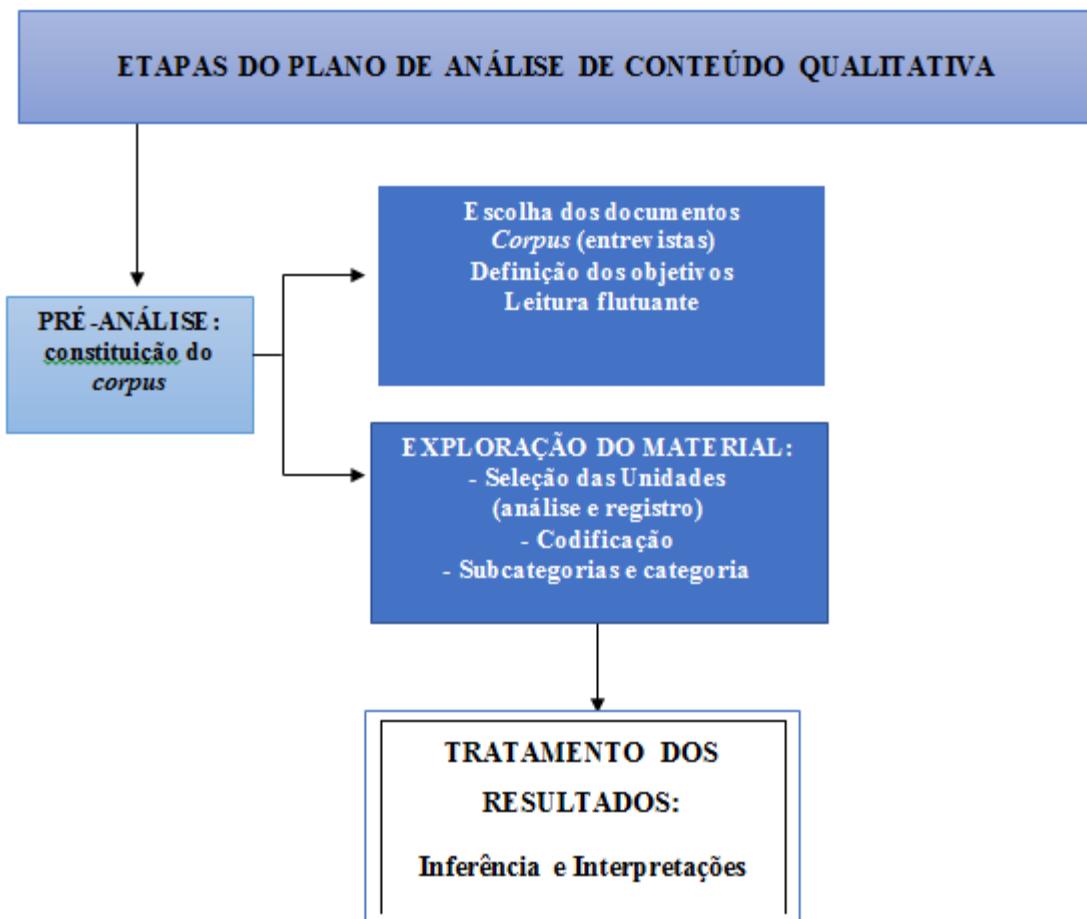
conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens ou textos (BARDIN, 2011).

No que diz respeito à divulgação da referida técnica de análise, dentre muitos pesquisadores, destacam-se Vala (2005), que concebe a análise de conteúdo como não sistematizada, e Krippendorf, em cuja obra original, ‘Content Analysis an Introduction to its Methodology de 1980’ - traduzida como ‘Metodologia de Análise de Conteúdo em 1990’ - investiu na exploração da análise de conteúdo, com ênfase nas análises qualitativas de dados e consolidou uma linha de pesquisa nas diversas áreas do conhecimento, que passou a ser utilizada em diferentes campos de pesquisa.

A partir de então, foram publicadas muitas referências sobre análise de conteúdo, com destaque para Laurence Bardin, que contribuiu significativamente com sua difusão no meio acadêmico. Para Bardin (2011) e demais pesquisadores citados, a análise de conteúdo é uma técnica que deve obedecer, passo a passo, ao conhecimento quantitativo e à diversificação qualitativa de estudos empíricos, apoiada em um conjunto de técnicas (seis tipos), que se iniciam com uma análise quantitativa dos dados das comunicações, seguida da qualitativa.

Para isso, devem-se seguir estas *etapas operacionais*: **pré-análise**: definição de objetivos; seleção do material e leitura flutuante; **exploração do material**: a) constituição do *corpus*; b) composição das unidades de análise e de registro; c) procedimentos de análise; d) a categorização, e e) descrição das categorias e **tratamento dos resultados**: inferência e interpretação dos dados (Figura 1):

Figura 1 - Plano de análise sobre saúde e atendimento



Fonte: Elaboração própria - 2021

A partir dessas considerações teóricas, utilizamos neste estudo a técnica de análise de conteúdo temática categorial para analisar os dados coletados dos grupos focais, com base nos objetivos propostos, a saber:

a) Constituição do *corpus*

Os dois *corpus* constituídos a partir das falas dos trinta idosos participantes dos grupos focais foram organizados da seguinte forma: o primeiro compreende as falas de 15 idosos usuários da USF que integra o Distrito Sanitário V, e o segundo envolve as falas de 15 idosos usuários do CPICS - Equilíbrio do Ser - que aceitaram participar do estudo, em João Pessoa - PB. Para a análise de conteúdo, o material advindo dos dois *corpus* foi unificado em um único *corpus*, o que possibilitou explorar o material.

b) Composição das unidades de análise e de registro

Como **unidade de análise**, utilizamos o tema, e como **unidade de registro** (formais e semânticas), elegemos a frase, compreendidas pelos segmentos mais largos de conteúdo.

Vala (2005) afirma que, comumente existem dois tipos de unidades: as formais e as semânticas. Assim, adotamos a perspectiva considerada pelo referido autor, ao afirmar que as *unidades formais* correspondem as palavras, frases, um personagem ou a intervenção do pesquisador e as unidades semânticas que incluem o tema ou a unidade de informação.

c) Procedimentos de análise

As falas dos idosos dos dois grupos foram decompostas em unidades de análise (temas) e, em seguida, as unidades de registros codificadas (utilizando-se cores) foram agrupadas em subcategorias e categorias simbólicas (empíricas), totalizando dois grandes conjuntos categoriais. Essas categorias foram definidas a partir das falas dos idosos que formaram o *corpus* de análise, com base na frequência das unidades de registros e sua ocorrência/concorrência semântica, conforme o plano de análise.

d) Processo de categorização

Depois de recortar e codificar o *corpus* constituído, procedeu-se o agrupamento das unidades de registro em subcategorias semânticas, o que corresponde aos conjuntos formados por duas grandes categorias empíricas.

Quadro 1 - Distribuição das categorias e subcategorias empíricas sobre saúde e atendimento segundo as falas dos idosos atendidos na Atenção Básica

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 - Concepções sobre saúde para os idosos	<ul style="list-style-type: none"> - Psicológicas/Espirituais - Econômicas/Financeiras - Biológicas/Físicas - Sociológicas/Relacionais/Culturais
2 – Descrições sobre o atendimento na Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento/Serviço - Profissionais - Impacto das atividades na saúde

Fonte: Elaboração própria - 2021

e) Descrições das categorias e subcategorias

Categoria 1: Concepções sobre saúde para os idosos atendidos na Atenção Básica

Formada pelas unidades de análise apreendidas nas falas dos idosos sobre ‘saúde’, englobando **quatro subcategorias** temáticas: Psicológicas/Espirituais; Econômicas/Financeiras; Biológicas/Físicas e Sociológicas/Relacionais/Culturais;

Categoria 2: Descrições sobre o atendimento na Atenção Básica

Envolve unidades de registros em que os idosos falam sobre o ‘atendimento’ recebido. É formada de **três subcategorias** temáticas: *Atendimento/Serviço; Profissionais e Impacto das Atividades para Saúde.*

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

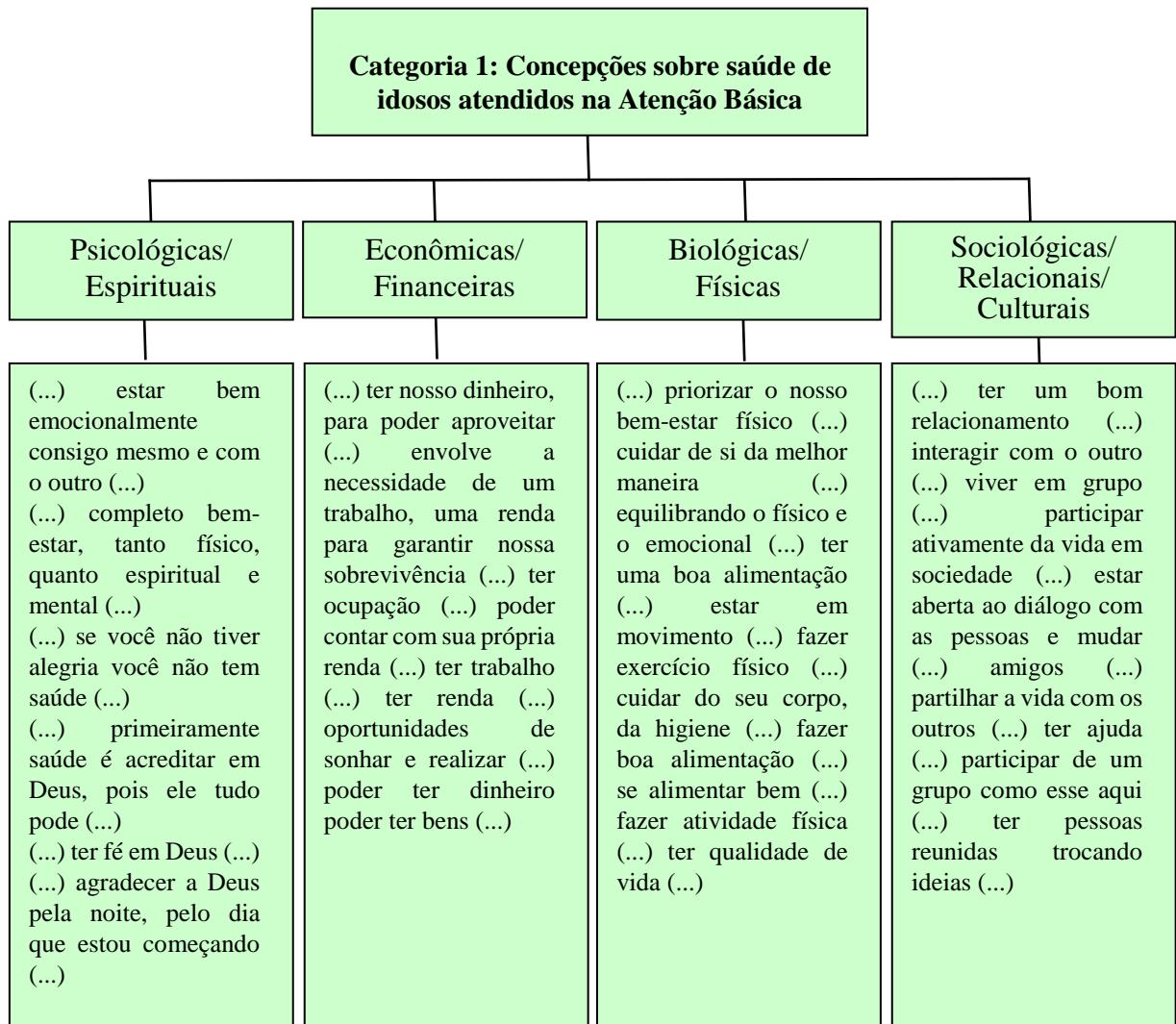
4.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E ATENDIMENTO PARA IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Dos 30 idosos participantes do estudo, 26 são mulheres, e quatro homens - 24 idosos com idades entre 60 e 69 anos; quatro, de 70 a 79 anos; e dois, com 80 anos e mais. Quanto ao grau de escolaridade, 10 idosos cursaram o ensino superior completo, e dois, o ensino superior incompleto; dois, o ensino médio completo, e dois, ensino médio incompleto; 12 cursaram o ensino fundamental completo, e dois, o ensino fundamental incompleto. Dos 30 idosos participantes do estudo, 14 são casados; dez, viúvos; e seis, solteiros. No que concerne à ocupação, 28 são aposentados, um é comerciante, e uma, artesã.

Com base nas falas dos idosos participantes do estudo submetidas à técnica de análise de conteúdo temática categorial sobre *saúde* e *atendimento* na Atenção Básica, emergiram duas categorias semânticas: a Categoria 1: Concepções sobre saúde para idosos atendidos na Atenção Básica, composta de quatro subcategorias temáticas: Psicológicas/Espirituais; Econômicas/Financeiras; Biológicas/Físicas e Sociológicas/Relacionais/Culturais e a Categoria 2: Descrições sobre o atendimento na Atenção Básica, dividida em três subcategorias temáticas: Atendimento/Serviço; Profissionais; Impacto das atividades na saúde.

Na **Categoria 1: Concepções sobre saúde para idosos atendidos na Atenção Básica**, considerando os grupos focais realizados, as falas dos idosos dos grupos foram decompostas em unidades de análise (parágrafos), codificadas e agrupadas em categorias simbólicas (empíricas), que resultaram em quatro conjuntos de subcategorias que apresentam aspectos relativos à expressividade dos idosos sobre o significado de saúde.

Figura 2 – Apresentação do conjunto de subcategorias da Categoria 1: concepções sobre saúde dos idosos atendidos na Atenção Básica



Fonte: Elaboração propria - 2021

As falas dos participantes associadas à saúde, na categoria: ‘concepções de saúde para idosos atendidos na Atenção Básica’ denotam que ter saúde significa ser capaz de ter sentimentos de felicidade, carinho e amizade além de bem-estar físico e emocional. Para muitos dos idosos entrevistados, falar de saúde envolve espiritualidade. Em suas concepções de saúde, permeiam a vontade divina, a fé e a frequência à igreja que também desempenham um papel fundamental em seu estado de saúde.

Outros participantes enfatizaram a importância de se prover e ter condições econômicas suficientes para proporcionar uma vida com saúde para si mesmos e para as pessoas que os cercam. Ainda nessa mesma perspectiva, alguns dos entrevistados acreditam que, para alcançar o estado de saúde, é preciso não ser acomodado e, portanto, estar apto a realizar mudanças e adaptações em prol de uma melhor saúde.

Quadro 2 - Distribuição das unidades de análises sobre concepções de saúde dos idosos atendidos na Atenção Básica - João Pessoa, Paraíba, N (30) - 2021

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
PSICOLÓGICAS/ ESPIRITUAIS	(...) me sentir bem (...) ser feliz (...) gostar de si (...) ter prazer em viver (...) ter força para enfrentar a vida junto com a família e os amigos (...) conviver com os outros com amizade (...) carinho (...) ter um bom relacionamento (...) carinho (...) solidariedade (...) amor (...) poder cultivar sentimentos de carinho (...) amar a si mesmo e ao próximo (...) viver plenamente (...) saúde tem a ver com felicidade (...) ter forças para buscar a felicidade (...) buscar ser feliz sempre (...) felicidade só se sente quando temos saúde (...) uma mistura de sentimentos: paz, alegria felicidade, solidariedade e amor (...) buscar viver a vida com mais leveza (...) saber perdoar (...) estar bem emocionalmente consigo mesmo e com o outro (...)ter equilíbrio físico e mental(...) buscar a felicidade nas pequenas coisas que nos ajudam a continuar vivos (...) é harmonia (...) sentir afeto um pelo outro (...) depende também de cada um de nós agir e buscar (...) ter vontade de mudar as coisas que não são boas (...) ser solidário (...) agradecer a Deus pela noite, pelo dia que estou começando (...) pedir para que seja um dia cheio de bênçãos, de amor e felicidade (...) energia que Deus manda (...) força (...) alegria de viver (...) agradecer a Deus pelo dia que amanhece com alegria (...) ter fé em Deus (...) acreditar no ser humano (...) ter esperança (...) ter fé em Deus (...) amar os filhos (...) amar o próximo (...) se você não tiver alegria você não tem saúde (...) ter muita alegria e felicidade (...) se colocar no lugar do outro (...) agradecer tudo a Deus (...) agradecer a Deus pelo dia que a gente amanheceu, pela respiração a gente conseguir se levantar (...) ter fé em Deus (...) amar nossa família e o próximo (...) poder falar do que estou sentindo ser escutado especialmente pelo médico, enfermeira e todos que trabalham no posto (...) ter fé em Deus (...) se você não tiver saúde, não faz nada todos os dias peço a Deus saúde o resto vem de acréscimo porque o Senhor é bom (...) acordar pela manhã e ver esse sol lindo, ou chuva também que é bênçãos (...) ter força para fazer nossa caminhada (...) pensar no meu semelhante como em mim mesma (...) bem mais precioso para o ser humano não importa se rico ou pobre (...) se sentir bem consigo mesma manter essa autoestima, porque isso que leva a gente a não adoecer (...) colocar as emoções para fora (...) autoestima para mim quer dizer tudo para saúde (...) ter Deus no coração, pois dele vem o amor, a união e a fraternidade (...) ter um bom pensamento (...) ter fé em Deus (...) ajudar ao próximo (...) amor (...) amar ao próximo (...) é felicidade (...) nós trouxemos dentro de nós o amor transmitimos o amor para aquelas pessoas que estão nos ouvindo (...) expressar felicidade (...) estar bem com você mesma e com os outros (...) confiança no Pai que é bom para seus filhos (...) saúde é a coisa melhor que existe na vida (...) com saúde a gente faz muita coisa, mas sem saúde não (...) permite que nós amemos melhor o nosso próximo (...) pode ter o que quiser, mas, sem a saúde você não é nada (...) nunca guardar rancor (...) falar com amor, animar a pessoa que está triste (...) gostar de si mesma e o emocional (...) completo bem-estar, tanto físico, quanto espiritual e mental (...) está bem em tudo, porque um complementa o outro (...) está com a mente boa (...) ter fé em Deus (...) a gente conversar (...) é ajudar a quem precisa porque nos faz bem e ficamos feliz (...) ficar forte para enfrentar os problemas da vida (...) primeiramente saúde é acreditar em Deus, pois ele tudo pode (...) saúde é paz (...) alegria (...) felicidade (...) ter forças para encontrar a saída para nossos problemas (...) saúde é ser feliz (...) melhoraram as dores físicas e da alma (...)
ECONÔMICAS/ FINANCEIRAS	(...) ter nosso dinheiro, para poder aproveitar (...) envolve a necessidade de um trabalho uma renda para garantir nossa sobrevivência (...) ter ocupação (...) poder contar com sua própria renda (...) ter trabalho (...) ter renda (...) oportunidades de sonhar e realizar (...) começa tudo pelo cuidado com a gente mesmo (...) um conjunto de elementos (...) ter trabalho (...) educação (...) cultura (...) renda (...) se alimentar bem (...) poder comer o que gosta (...) poder ter dinheiro poder ter bens (...) poder ter lazer e higiene (...) poder ter carro (...) poder ter a assistência dos profissionais de saúde (...) ter a oportunidade de fazer nosso check-up (...)

BIOLÓGICAS/ FÍSICAS	<p>(...) ter saúde (...) tirar férias (...) priorizar o nosso bem-estar físico (...) cuidar de si da melhor maneira (...) equilibrando o físico e o emocional (...) ter uma boa alimentação (...) estar em movimento (...) não ser acomodado estar aberto a mudanças (...) não ficarmos acomodados (...) maior riqueza que existe (...) com ela temos força para enfrentar com atitude o que vier (...) perseverar na busca de cuidado amplo para vivermos momentos felizes (...) melhorar nosso corpo e espírito (...) termos acesso aos cuidados de saúde (...) não desistir nunca diante das dificuldades da vida (...) falar de saúde precisamos fazer uma reflexão (...) ter força para viver (...) acordar de manhã com alegria, com amor, com carinho para vencer a batalha do dia (...) não sentir dor (...) coragem para fazer coisas (...) disposição (...) contar com os profissionais para aliviar nossas dores (...) poder receber nossos remédios fazer nossos exames (...) saber que posso contar com os profissionais daqui (...) fazer exercício físico (...) poder ser atendido pelo médico e pela enfermeira que vão ajudar a melhorar minha saúde (...) ter forças para enfrentar as dificuldades do dia a dia (...) não desanistar diante dos problemas (...) se alimentar do que gosta (...) ter oportunidade de fazer os exames que o doutor passou receber os remédios que preciso (...) contar com nosso médico para resolver nossos problemas de saúde (...) ter assistência dos profissionais de saúde (...) cuidar do seu corpo, da higiene (...) fazer boa alimentação (...) ir ao médico (...) fazer exame de sangue (...) se alimentar bem (...) fazer atividade física (...) é a coisa mais importante da vida (...) ter qualidade de vida (...) qualidade de vida (...) ficar prostrado em cima de uma cama sem poder fazer nada, suas obrigações diárias (...) fazer atividade física (...) a gente está bem consigo mesmo, tanto fisicamente como mentalmente (...) o bem-estar em geral, interior e exterior, corpo e alma como se diz (...) ter força para trabalhar (...) fazer as coisas que eu tenho que fazer (...) buscar forças para viver (...) ter saúde poder fazer as atividades da vida (...) minha saúde melhorou muito depois que passei a frequentar o equilíbrio do ser (...) minha saúde melhorou bastante em todos os sentidos (...)</p>
SOCIOLÓGICAS/ RELACIONAIS/ CULTURAIS	<p>(...) base de tudo (...) o bem mais precioso do ser humano (...) ter um bom relacionamento (...) ter lazer (...) ter atitude (...) interagir com o outro (...) viver em grupo (...) maior riqueza do ser humano (...) participar ativamente da vida em sociedade (...) estar aberta ao diálogo com as pessoas e mudar (...) amigos (...) partilhar a vida com os outros (...) ter ajuda (...) participar de um grupo como esse aqui (...) viver bem com todo mundo (...) todos nós precisamos de ajuda (...) ter lazer (...) ter pessoas reunidas trocando ideias (...) ter prazer nas atividades cotidianas, sem acomodação (...) poder compartilhar a vida com o outro (...) estar aberto e agir (...) cuidar dos netos e dos filhos (...) acreditar no ser humano (...) pensar que podemos ter dias melhores (...) poder sorrir e realizar nossos sonhos (...) quero saúde para mim e para todos (...) buscar ser alegre com nossa família, com nossos amigos (...) distrair (...) não viver na solidão (...) ter amizade a todos desse grupo (...) espantar a tristeza para ter uma vida melhor (...) estar nesse grupo pois aqui encontro apoio para apagar a tristeza quando ela chega (...) frequentar a igreja buscando nosso Deus todo poderoso (...) fazer amizades (...) fazer o que gosta (...) estar rodeada de pessoas do bem que nos protege e incentiva a vencer as dificuldades da vida (...) poder participar da dança aqui (...) estar aqui nesse lugar participar do grupo com meus amigos (...) alegria que encontro no grupo quando estou aqui eu não penso mais em nada (...) só penso na nossa dança, no nosso requebrado, no nosso movimento, no nosso abraço isso tudo é saúde (...) fazer atividade física (...) ter o lazer (...) ter a família (...) tudo contribui para que a gente tenha saúde (...) acordar de manhã, ver o sol, fazer caminhada (...) participar desse grupo com todo mundo (...) participar das brincadeiras das danças (...) poder dançar (...) sorrir (...) saúde é vir para esse grupo ficar com meus amigos dar muitas risadas (...) ajudar aos que mais precisam sentir bons sentimentos (...) a coisa mais importante da vida (...) poder interagir no grupo (...) poder falar de coisas boas e das coisas difíceis também (...) desabafar sobre o que não vai bem e que precisa melhorar (...) viver bem com a família (...) alegria que eu encontro nesse grupo (...) você vive triste a sua alma vive triste gente alegre transmite tanta saúde para as pessoas que estão perto da gente, como transmite para gente mesmo (...) compartilhar alegrias com os amigos nesse grupo (...) interagir com as pessoas (...) sem saúde a gente não é nada (...) aprender uns com os outros para evitar a doença como fazemos aqui no grupo (...) participar desse grupo com os amigos compartilhar alegrias (...) compartilhar alegrias como fazemos aqui no grupo</p>

	(...) ter coragem de vim para esse grupo (...) fazer alguma coisa que deixa a gente feliz (...) dançar (...) poder participar desse grupo (...) fazer amizade com as pessoas daqui (...) participar porque as vezes eu fico um pouco triste quando eu venho aqui eu me alegro (...) viver em paz com a família (...) estar com esses amigos no grupo (...) aprender coisas novas aqui a gente encontra muita alegria (...) ter qualidade de vida (...) saúde é aprender sobre as questões que vão trazer saúde para nós (...) amor, paz, para mim e para eu dar a quem está precisando (...) ter condições de dar um abraço naquela pessoa que está precisando (...) ajudar aos mais necessitados, pois a gente se sente bem (...) poder caminhar para igreja (...) caminhar para procissão (...) visitar os doentes (...) participar dos grupos (...) participar de grupos (...) viver em grupo (...) se você fica sozinho, às vezes, o seu pensamento fica martelando em coisas que não são tão boas (...) fazendo uma visita (...) dando um sorriso (...) conversando, principalmente com essas pessoas que estão mais amarguradas (...) a gente sente que as pessoas melhoram (...)
--	---

Fonte: Elaboração própria - 2021

Na subcategoria 1 - Psicológicas/Espirituais - observamos que os idosos fazem referência ao bem-estar psicológico relacionado à saúde, como mostram estas frases: (...) *ter prazer em viver* (...) *ter força para enfrentar a vida junto com a família e os amigos* (...) *conviver com os outros com amizade* (...) *amar a si mesmo e ao próximo* (...) *viver plenamente* (...) *saúde tem a ver com felicidade* (...) *estar bem emocionalmente consigo mesmo e com o outro* (...), os idosos colocam a saúde como recurso para alcançar uma plenitude nas emoções, nas relações interpessoais e também na autoestima.

A saúde é compreendida como algo fundamental para um bom desenvolvimento psicológico. Isso significa que uma saúde bem assistida interfere positivamente nos sentimentos e na vida cotidiana do homem, como podemos observar nesta fala: (...) é ter muita alegria, felicidade, coragem para fazer coisas, disposição (...), pois, para eles, sem saúde não desempenhariam bem suas atividades nem se sentiriam tão bem emocionalmente.

Outro aspecto relevante mencionado pelos idosos é a relação entre a saúde e a espiritualidade. Eles disseram que existe uma crença pode afetar o estado de saúde: (...) *primeiramente saúde é acreditar em Deus, pois ele tudo pode* (...) *ter Deus no coração, pois dele vem o amor, a união e a fraternidade* (...) *ter fé em Deus* (...) *confiança no Pai que é bom para seus filhos* (...) *agradecer a Deus pela noite, pelo dia que estou começando* (...) *pedir para que seja um dia cheio de bênçãos, de amor e felicidade* (...) *energia que Deus manda* (...) *agradecer a Deus pelo dia que amanhece com alegria* (...).

No que concerne à subcategoria 2 - Econômicas/Financeiras - os idosos associaram a saúde ao estado financeiro e ressaltaram que, para se ter saúde, é necessário perceber uma renda ou ter um trabalho. É importante, ainda, ser capaz de prover e de buscar o direito de ter condições econômicas suficientes para proporcionar uma vida com saúde para si e para as pessoas que os cercam: (...) *envolve a necessidade de um trabalho uma renda para garantir*

nossa sobrevivência (...) ter ocupação (...) poder contar com sua própria renda (...) ter trabalho (...) ter renda (...). Desta forma, segundo os idosos, o acesso à saúde depende da renda do indivíduo, visto em algumas falas que melhores condições financeiras podem garantir o sustento e o atendimento das necessidades básicas como ter uma boa alimentação, lazer, higiene, entre outros.

As falas dos idosos elencadas na subcategoria 3 - Biológicas/Físicas - denotam que, quando pensam sobre saúde, existe uma ligação entre a saúde e o bem-estar físico, como observado nestes trechos: (...) *fazer exercício físico (...) priorizar o nosso bem-estar físico (...) ter uma boa alimentação (...) não sentir dor (...) coragem para fazer coisas (...) disposição (...) se alimentar do que gosta (...) ter qualidade de vida (...).* Os idosos afirmam a importância de realização de atividade física e no cuidado com os aspectos biológicos e físicos para uma qualidade de vida e de saúde.

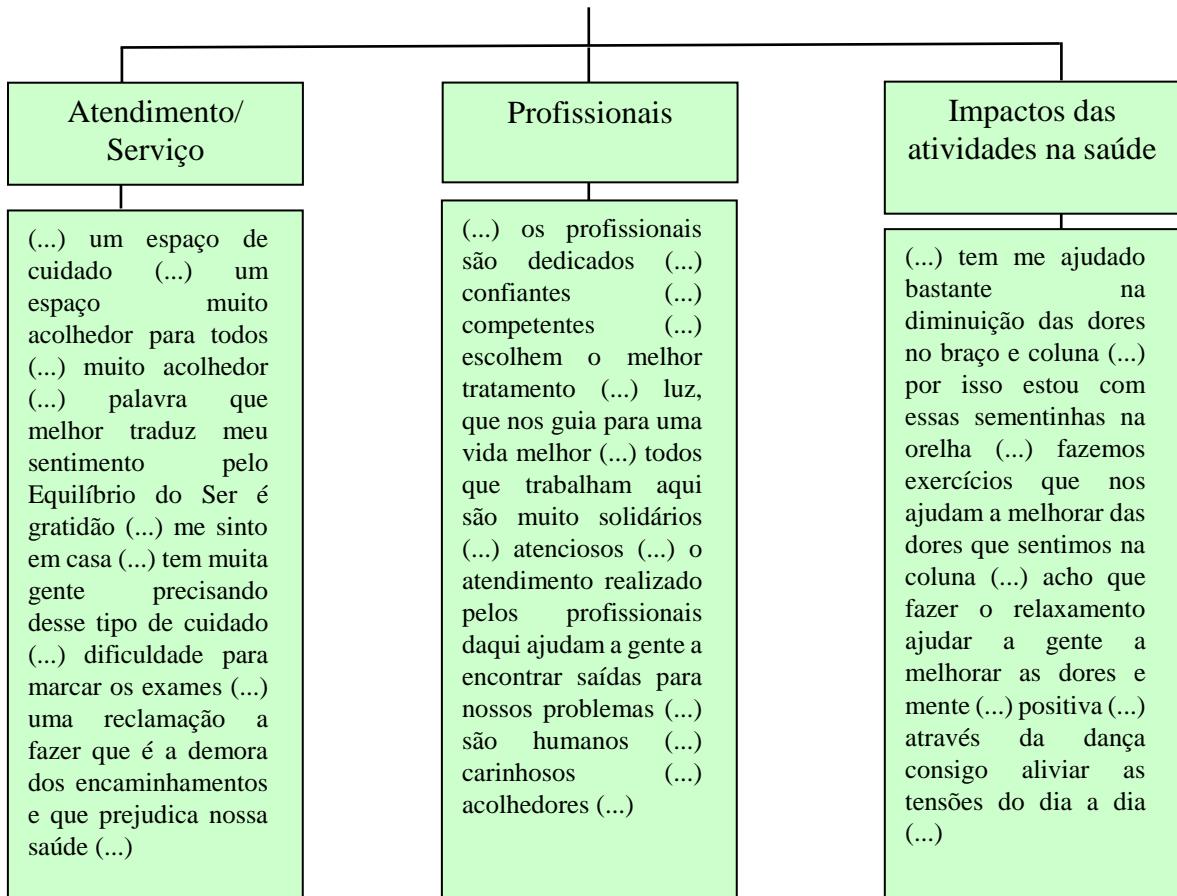
Enfim, a subcategoria 4 - Sociológicas/Relacionais/Culturais - agrupa as falas sobre as interações sociais e a saúde, relacionando as concepções sobre saúde e a participação em grupos de convivência: (...) *participarativamente da vida em sociedade (...) estar aberta ao diálogo com as pessoas e mudar (...) ter amigos (...) partilhar a vida com os outros (...) ter ajuda (...) participar de um grupo como esse aqui (...) viver bem com todo mundo (...) todos nós precisamos de ajuda (...) ter lazer (...) ter pessoas reunidas trocando ideias (...) ter prazer nas atividades cotidianas, sem acomodação (...) poder compartilhar a vida com o outro (...).*

As subcategorias reúnem as compreensões acerca da saúde associadas ao bem-estar, às redes de apoio social, às atitudes e aos comportamentos. Para os idosos, essas diferentes conjunturas formam o significado amplo do conceito da saúde. Portanto, considerando os discursos evidenciados nos grupos focais, o que pensam ou o que significa saúde para esses idosos, há um aspecto de grande proporção, como observado na seguinte frase: (...) *bem-estar, tanto físico, quanto social, econômico, espiritual e mental (...),* assim sendo, a saúde para eles depende direta e indiretamente das condições físicas, biológicas e sociais, estabelecendo uma articulação dos determinantes sociais com o conceito de saúde.

Sobre a **Categoria 2 - Descrições sobre o atendimento na Atenção Básica** - emergiram das falas dos idosos três subcategorias: Atendimento/Serviço; Profissionais; Impacto das Atividades para Saúde. Nessa categoria, os idosos expressam sobre o atendimento em saúde.

Figura 3 - Formação categorial das descrições do atendimento na Atenção Básica

Categoria 2: Descrições do atendimento na Atenção Básica



Fonte: Elaboração própria - 2021

A maioria dos idosos se expressou positivamente sobre o atendimento à saúde, a assistência e os serviços, que eles consideram muito importantes para a pessoa idosa, considerando a idade e os fatores que a levam a procurar o atendimento. Para eles, a Atenção Básica é um lugar acolhedor, que lhes proporciona um ambiente de auxílio para os problemas em conjunto com outras pessoas de forma benéfica e prazerosa.

Outros enfatizam o trabalho satisfatório e atencioso dos profissionais da área de Saúde, cujo atendimento é humanizado, individualizado, porque são competentes, dedicados e capazes de resolver os problemas de saúde a ponto de fazer com que se sintam em casa. Algumas atividades consideradas não convencionais realizadas coletivamente nos ambientes de saúde foram mencionadas positivamente pelos idosos como sinônimos de bom atendimento. Um contato diferenciado, fora do ambiente do consultório pode criar vínculos entre o usuário e o profissional da Saúde.

Grande parte dos idosos expressou alguns fatores negativos sobre os atendimentos, como certo descontentamento, principalmente relacionado ao tempo extenso para marcar os exames e para serem atendidos, ao número de vagas para atendimento médico e dificuldade de efetivar os encaminhamentos, além dos entraves para conseguir os medicamentos, especialmente de uso controlado, o que compromete seu estado de saúde.

Os idosos também mencionaram alguns benefícios impactantes em sua saúde a partir das ações socioeducativas realizadas em grupo, como o fortalecimento dos laços afetivos que por conseguinte, reduziram os sintomas de depressão, favoreceram a resiliência, auxiliando-os a resgatar a autoestima e o equilíbrio físico e emocional. Isso favoreceu e criou bases para um envelhecimento mais saudável no contexto da atenção primária.

Quadro 3 - Distribuição das unidades de análise por subcategorias sobre o atendimento na Atenção Básica, João Pessoa, Paraíba, N (30) - 2021

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
ATENDIMENTO/ SERVIÇO	(...) um lugar de lazer e distração (...) um espaço de cuidado (...) cheguei muito mal aqui no Equilíbrio do Ser (...) um espaço muito acolhedor para todos (...) é tudo na vida (...) algo que todos deveriam ter condições de ter (...) muito acolhedor (...) queria que todos pudessem ter um Equilíbrio do Ser (...) palavra que melhor traduz meu sentimento pelo Equilíbrio do Ser é gratidão (...) me sinto em casa (...) tem muita gente precisando desse tipo de cuidado (...) atendimento do Equilíbrio do Ser é muito bom (...) posso dizer que o atendimento é excelente (...) no primeiro dia que cheguei não fui logo atendida (...) gosto muito do atendimento (...) me sinto acolhida (...) cuidada como se fosse outra casa (...) desejo que todos pudessem ter esse espaço de cuidado (...) o atendimento é muito positivo (...) nos ajuda a nos conhecer melhor (...) conhecer melhor as outras pessoas também (...) acho o atendimento maravilhoso (...) me sinto em casa aqui (...) gosto muito de ser atendido aqui (...) o que vivo nesse espaço me dar muita satisfação na vida (...) queria ver muitos centros como esse na cidade (...) ajudar a melhorar a saúde de muitas pessoas (...) atendimento é de qualidade (...) é importante mais espaços como esse (...) o atendimento no Equilíbrio do Ser é muito especial para mim (...) só têm agregado valores positivos a minha vida (...) todos precisavam conhecer e ter um espaço de cuidado desse (...) só quem participa sabe (...) ser atendida aqui no Equilíbrio do Ser tem sido muito importante para mim (...) sinto que o atendimento aqui não tem pressa (...) a gente se sente cuidado (...) o atendimento é ótimo (...) além de ser bem cuidado aprendi a importância de me cuidar também (...) acho o atendimento do Equilíbrio do Ser muito bom (...) me sinto em casa (...) o atendimento daqui é perfeito (...) um atendimento mais humanizado (...) queria ver outros lugares como esse (...) gosto bastante do atendimento do Equilíbrio do Ser (...) isso aqui para mim é minha saúde (...) aqui não dá tempo para gente pensar em coisas que não sejam boas (...) a gente vai levando (...) eu gosto do atendimento daqui (...) acho o atendimento do posto é positivo (...) tenho certeza que iria melhorar nossa saúde (...) eu gosto do atendimento daqui porque me atendem muito bem (...) o atendimento desse posto é bom (...) o atendimento daqui é bom (...) gosto de ser atendido aqui (...) o atendimento é ótimo (...) porque a gente é bem atendida (...) saio sempre com uma resposta para meus problemas (...) eu sou muito bem atendida (...) considero que o atendimento do posto é bom (...) o atendimento é excelente (...) eu gosto do atendimento daqui (...) o atendimento do posto é bom (...) eu me sinto agradecida com o atendimento daqui (...) gosto muito do atendimento daqui (...) o atendimento daqui é razoável (...) o atendimento daqui é muito bom (...) o atendimento do posto é bom, especialmente por causa do grupo, que me traz muita alegria e satisfação (...)

	<p>tive que aguardar surgir uma vaga (...) mesmo um pouco distante da minha casa, procuro não faltar (...) sei que como eu e outras pessoas precisam desse tipo de atendimento e não tem acesso (...) esse tipo de serviço precisa ser ampliado para atender as necessidades de saúde de mais pessoas todos deviam ter esse direito (...) já vejo que aqui está pequeno para o tanto de gente que procura (...) já tem muita gente procurando (...) tenho medo de já, já não ter mais esse cuidado que recebo hoje (...) às vezes, encontramos uma certa dificuldade (...) acho que poderíamos estar mais próximos e então encontrar um caminho certo para termos a saúde (...) vou falar por mim, o atendimento daqui as vezes é bom e, as vezes não (...) temos dificuldade em conseguir uma consulta com o médico (...) as fichas são poucas (...) não consegue ser atendido mesmo estando com dor (...) dificuldade para marcar os exames (...) uma reclamação a fazer que é a demora dos encaminhamentos e que prejudica nossa saúde (...) o fator negativo aqui é o tempo que demora para marcar os exames e consultas (...) os encaminhamentos para os especialistas e os remédios que precisamos muitas vezes estão em falta (...) acho que o atendimento fica incompleto (...) embora a questão da marcação dos exames e consultas deixa muito a desejar pela demora em conseguir (...) não posso deixar de dizer que a demora dos exames prejudica muito, nossa saúde (...) com relação aos encaminhamentos deixa a desejar (...) demora para marcar os exames e consultas com os médicos especialistas (...) precisa melhorar quando se trata de marcar os exames e as consultas para os especialistas (...) ficamos esperando muito tempo e isso coloca nossa saúde em risco (...) dificuldade de conseguir a receita controlada pois tenho problemas de ansiedade e insônia, que prejudicam minha saúde (...) em relação aos medicamentos muitas vezes estão em falta (...) existe a dificuldade de marcar alguns exames e consultas, prejudicando a nossa saúde (...) dificuldade de conseguir marcar os exames e as consultas para outros especialistas causam muitos prejuízos a nós todos (...) quando falta o médico demora muito a chegar outro (...) precisa resolver essa questão da demora dos exames pois dependemos deles para fortalecer nosso corpo (...) o atendimento daqui deixa a desejar (...) quando falta medicamentos (...) não conseguimos marcar os exames e as consultas para outros serviços e disso depende nossa saúde (...) temos a questão dos medicamentos e das consultas para outros médicos que temos dificuldade de marcar (...) como podemos ter uma saúde completa com esses problemas? (...) precisa melhorar (...) ficamos sem o medicamento controlado e sem conseguir marcar os exames (...) só tenho reclamação sobre os exames que demoram muito a chegar (...) falta de alguns medicamentos (...) ter saúde com esses problemas fica difícil (...) as fichas para conseguir consulta com o médico se acabam logo (...) não consigo ser atendido (...) tenho problema de depressão, sem a receita médica não consigo pegar o medicamento (...) o atendimento prestado no posto não resolve meu problema de saúde (...) sofro com dores no corpo e na alma (...) sou dependente de medicamentos que não estão resolvendo minha situação (...) o lado ruim é a dificuldade de permanência do médico em nosso posto e isso dificulta o progresso de nossa saúde (...) tem um problema que causa prejuízo para nossa saúde que é a dificuldade de marcação de exames e consultas para outros serviços (...) eu acho o atendimento regular (...) cada dia mais, me sinto parte desse grupo (...) posso afirmar que o atendimento no Equilíbrio do Ser me fez renascer para vida (...) o atendimento do Equilíbrio do Ser me permitiu valorizar a minha saúde (...) me curou de dores intensas que sentia no meu ombro (...) desde o momento que passei a frequentar o equilíbrio do ser me sinto mais disposta para viver a vida (...).</p>
PROFISSIONAIS	<p>(...) os profissionais são dedicados (...) confiantes (...) competentes (...) não nos deixam desistir (...) priorizar nosso bem-estar (...) escolhem o melhor tratamento (...) luz, que nos guia para uma vida melhor (...) todos que trabalham aqui são muito solidários (...) atenciosos (...) o atendimento realizado pelos profissionais daqui ajudam a gente a encontrar saídas para nossos problemas (...) são humanos (...) carinhosos (...) acolhedores (...) cuidam da gente desde a alma até o corpo (...) sabem o que fazem (...) os profissionais são de muito carinho e acolhimento (...) os profissionais deixam a gente falar (...) escutam com paciência (...) combinam a melhor prática para o nosso problema de saúde (...) profissionais dedicados (...) estar com pessoas que nos escutam (...) nos estimulam a lutar pelo que acreditamos só nos deixa muitos felizes (...) os profissionais se importam com a gente (...) conhecem</p>

	<p>nosso corpo todo e até o olhar (...) profissionais são atenciosos (...) tiram minhas dúvidas (...) me cuidar melhor (...) humanos (...) veem todos por completo (...) os profissionais estão sempre com um cuidado diferente (...) tem tempo de cuidar do corpo e do espírito também (...) sem pressa (...) não deixam a gente desistir de se cuidar (...) ser atendido pelo médico e pela enfermeira (...) os profissionais tratam a gente muito bem (...) dentro das possibilidades dos profissionais eles atendem bem (...) encontramos atenção e carinho de todos os profissionais (...) sentimos o quanto eles têm cuidado com a gente quando precisamos resolver algum problema de saúde (...) profissionais dedicados competentes, de confiança absoluta (...) encontrei nesse serviço pessoas que me ajudaram a mudar coisas que não me faziam bem (...) um problema que deixa a desejar (...) quando o médico tira férias e não tem outro para substituir e ficamos sem nossas receitas e encaminhamentos (...).</p>
IMPACTOS DAS ATIVIDADES NA SAÚDE	<p>(...) levar para casa esse aprendizado (...) lazer e aprendizado (...) buscar conhecere-se (...) tem a ver com transformação interior (...) se cuidando sempre sem desistir (...) todas as práticas complementares para todos nós (...) mudar e participar, cada dia mais (...) através da minha participação nas atividades como yoga e terapia comunitária (...) me sinto cheia de energia (...) participo de grupos (...) as práticas que fiz, em especial, a acupuntura (...) a terapia comunitária me ajudou bastante a falar dos meus sentimentos e tirar um peso das costas (...) participo de grupo (...) é uma atividade física que você faz e que mexe com o corpo da gente e faz a gente feliz (...) participar de grupo como esse, é uma benção na vida de cada um de nós (...) saber sobre a importância dos alimentos (...) sobre os exercícios físicos que a gente faz toda semana aqui no grupo (...) estou gostando muito de uma nova terapia, chamada auriculoterapia (...) tem me ajudado bastante na diminuição das dores no braço e coluna (...) por isso estou com essas sementinhas na orelha (...) no grupo faço atividades físicas, danço (...) as práticas resgatam conhecimentos dos nosso país (...) que são muito benéficos para a saúde (...) um tipo de cuidado especial (...) aqui tenho vivido bons momentos com os profissionais e com os outros usuários do serviço (...) sou grata (...) cuidado ampliado que recebo e me sinto na minha própria casa (...) gosto muito do atendimento do Equilíbrio do Ser (...) receber os medicamentos para melhorar minhas dores (...) receber os medicamentos na unidade (...) poderiam trazer outras coisas para oferecer como acupuntura (...) uma terapia os remédios que ele passa consigo aliviar minhas dores (...) tenho recebido meus medicamentos (...) feito meus exames quando preciso (...) recebo o medicamento (...) no grupo temos muito afeto uns pelos outros (...) faço meus exames (...) aprendemos coisas novas (...) nos aproximamos dos colegas (...) poder frequentar grupos de terapia buscando disposição para trabalhar (...) fazer as consultas e os exames que preciso (...) fazemos exercícios que nos ajudam a melhorar das dores que sentimos na coluna (...) a participação do grupo acho muito (...) fazemos atividade física (...) nosso grupo é maravilhoso (...) acho que fazer o relaxamento ajudar a gente a melhorar as dores e mente (...) positiva (...) através da dança consigo aliviar as tensões do dia a dia (...) mexemos com o corpo e com a mente (...) quando venho para o grupo procuro fazer as atividades físicas que também me ajudam (...) gostaria de dizer que a terapia que a enfermeira tem realizado comigo colocando as sementes na orelha tem ajudado bastante em melhorar minhas dores (...) gosto muito de participar do grupo (...) fazer meu cartão SUS (...) passei a compreender melhor como funciona meu corpo (...) me tornei mais responsável com as atividades que eu preciso fazer para ter mais saúde e bem-estar (...) se a gente tem algum problema em casa e quando chega aqui, esquece tudo (...) aqui a gente só quer paz, só quer amor, só quer alegria nesse grupo (...) eu vivia muito triste, o grupo me ajudou a melhorar da depressão (...) eu era uma pessoa triste depois que eu entrei aqui nesse grupo, eu renasci (...) digo sem medo de errar que mudou muito meu jeito de viver a vida (...) hoje sou mais feliz dou mais valor as pequenas coisas (...) estou vivendo minha vida agora recuperando minha saúde (...) depois que estou participando do grupo minha saúde melhorou bastante (...) me sinto mais próxima das pessoas (...) a verdade é que através das atividades que realizo aqui (...) a dança e as conversas a minha vida é outra, muito mais alegre (...) o grupo traz alegria e união para todos (...) quando chego em casa me sinto mais feliz e segura (...) tenho amigos, grupo e nova vida social (...) reaprendi a conviver e confiar nas pessoas (...) tudo começou aqui, porque cheguei arrasada (...) recebi muito cuidado (...) muito carinho (...) hoje consigo</p>

	cuidar melhor de mim mesma e da minha saúde (...) consigo ser mais grupo de terapia (...) tenho vida social (...) reaprendi a gostar (...) o atendimento do Equilíbrio do Ser me trouxe mais calma (...) maior capacidade de conviver com as outras pessoas (...) me sinto mais saudável (...) agora me sinto incluída (...) quando aqui cheguei me encontrava desanimada, sem muita vontade de viver (...) as práticas ofertadas ajudam a resolver problemas de saúde (...) são atividades necessárias ao nosso equilíbrio do corpo e da mente (...) brincar mesmo sendo idosa (...) me sinto feliz e saudável (...) quando consigo além de me preocupar comigo mesmo, me compadecer com o problema de outras pessoas (...) tenho convidado muitos para participarem dessas práticas aqui (...) no Equilíbrio do Ser resgatei minha saúde física e mental (...) é uma referência na minha vida (...) fortaleceu em mim a vontade de estar com outras pessoas (...) sei me cuidar agora (...) vou perseverar em não desistir (...) vamos nos reconstruindo, resgatando autoestima (...) ter garantido esse espaço é muito maravilhoso, me desligo (...) podemos conseguir nosso equilíbrio físico e emocional (...) faz levar a vida para frente, interagindo com os outros (...) deixei de tomar medicamentos para dores de cabeça que eu sentia constantemente (...) me sinto especial (...) foi nesse lugar que aprendi que a força para enfrentar a vida está dentro de cada um de nós (...) diminui bastante o uso dos medicamentos (...) me sinto muito bem com as práticas ofertadas aqui (...) o convívio com todos é prazeroso (...) aqui renasci de uma maneira saudável (...) aprendi muito e conheci muitas práticas de saúde que me tornam um ser humano mais comprometido com minha saúde (...) faço o meu autocuidado (...) olhar para dentro de nós mesmos e ver que podemos tomar as rédeas da nossa vida e agir para envelhecer melhor (...) que cada um sabe mais de si do que qualquer outra pessoa (...) o que é melhor para sua saúde (...) quando fui acolhida nesse espaço minha vida mudou (...) fiquei mais rica e com muito mais conhecimento das práticas alternativas de saúde (...) com vontade de mudar (...) mudar o que não está nos fazendo bem (...) se eu não gostar de mim ninguém vai gostar (...) precisamos cuidar de nós para cuidar dos outros (...) precisamos procurar ajuda quando deixamos de nos amar (...) é ter força para mudar e ser feliz (...) me sinto feliz aqui (...) passei a entender a importância de valorizar o convívio com os outros (...) avalio como sendo muito bom (...) reaprendi a construir meus amigos, entender que cada um tem sua importância (...) venci a timidez e meus medos (...) troco experiências (...) não tenho mais solidão (...) vir para cá me deu mais ânimo para viver a vida de uma forma mais saudável (...) aqui encontrei saúde compartilhando experiências com outras pessoas (...) não tomo mais medicação e minha pressão estabilizou (...) aprendi a gostar mais de mim e dos outros também (...) aqui tenho amigos (...) estou num grupo que me faz envelhecer de um jeito mais saudável (...) quase já não tomo remédio para dormir (...) aprendi aqui, que o mais importante é buscar força dentro de nós para lutar por uma vida melhor (...) melhoramos como pessoa (...) aprendi a ser mais solidário e a me sentir útil (...) uma maneira mais natural, saudável que não agride o nosso organismo (...) aqui me senti renovada (...) aprendi a falar da minha vida (...) fui escutada (...) me fortaleci como pessoa (...) fiz amigos (...) me sinto integrada ao grupo que participo (...) temos muito respeito pelo problema do outro (...) procuramos nos ajudar para termos forças para lutar por uma vida melhor e com mais saúde (...) nem me lembro das minhas doenças (...) assim vou melhorando minha autoestima (...) me sentia muito só (...) reconstruí a minha vida (...) não sou mais seca, me comprehendo melhor e também os outros (...) consegui me abrir para vida (...) a vida cobrou muito (...) posso dizer que me tornei uma pessoa mais disponível e paciente com as outras pessoas (...) a oportunidade de frequentar um serviço como esse me fez renovar a confiança em mim mesma (...) me deu a oportunidade de experimentar novos tratamentos que estão me ajudando bastante (...) pois eu era uma pessoa que ficava depressiva frequentemente e hoje deixei de tomar remédios controlados (...) me sinto mais saudável (...) hoje sou uma pessoa mais forte para lutar pelo que me deixa mais feliz (...) já nem tomo medicação para dormir (...) sempre um chá, um papo e vou levando com alegria a vida (...) aprendi a ser solidária (...) tenho amigos e outra vida social (...) não vivo presa em casa murchando (...) hoje não tomo mais remédios para dormir (...) me sinto mais capaz e saudável (...) eu mesma sentia muitas dores na coluna e estou bem melhor, voltando a fazer minhas atividades (...) reconstruí amizades (...) não sou mais durona (...) saio daqui renovada, para fazer o que
--	--

	realmente gosto de fazer, para viver a vida (...) minha vida foi barra de ser vivida (...) hoje me sinto na minha segunda casa (...) criamos vínculos com o serviço e profissionais (...) consegui compreender que a minha saúde dependia de mim também, da minha capacidade de enfrentar os problemas da vida (...) assim voltei a ter amigos (...) reencontrei os antigos (...) não fico tanto tempo em casa (...) aprendi a perdoar e fazer amigos (...).
--	--

Fonte: Elaboração própria - 2021

Quando indagados sobre o atendimento, a maioria dos idosos descreveu as experiências nos serviços de saúde de forma positiva e afirmou que receberam um ótimo atendimento. Portanto, a subcategoria 1 - Atendimento/Serviço - apresenta as seguintes falas: (...) *um espaço muito acolhedor para todos (...) eu gosto do atendimento daqui porque me atendem muito bem (...) o atendimento desse posto é bom (...) o atendimento daqui é bom (...) gosto de ser atendido aqui (...) saio sempre com uma resposta para meus problemas (...) eu sou muito bem atendida (...) o atendimento do Equilíbrio do Ser me permitiu valorizar a minha saúde (...) desde o momento que passei a frequentar o Equilíbrio do Ser me sinto mais disposta para viver a vida (...).*

Ressalte-se, entretanto, que uma das queixas principais elencadas pelos idosos foi sobre o acesso aos exames e ao encaminhamento para as especialidades: (...) *temos dificuldade em conseguir uma consulta com o médico (...) as fichas são poucas (...) não consegue ser atendido mesmo estando com dor (...) dificuldade para marcar os exames (...) uma reclamação a fazer que é a demora dos encaminhamentos e que prejudica nossa saúde (...) o fator negativo aqui é o tempo que demora para marcar os exames e consultas (...) os encaminhamentos para os especialistas e os remédios que precisamos muitas vezes estão em falta (...) acho que o atendimento fica incompleto (...) embora a questão da marcação dos exames e consultas deixa muito a desejar pela demora em conseguir (...) não posso deixar de dizer que a demora dos exames prejudica muito, nossa saúde (...).*

Quanto à subcategoria 2 – Profissionais - os idosos denotaram as inter-relações existentes entre a prática profissional e o atendimento em saúde: (...) *os profissionais são dedicados (...) confiantes (...) competentes (...) não nos deixam desistir (...) priorizar nosso bem-estar (...) escolhem o melhor tratamento (...) luz, que nos guia para uma vida melhor (...) todos que trabalham aqui são muito solidários (...) atenciosos (...) o atendimento realizado pelos profissionais daqui ajudam a gente a encontrar saídas para nossos problemas (...) acolhedores (...) cuidam da gente desde a alma até o corpo (...) os profissionais deixam a gente falar (...) escutam com paciência (...) combinam a melhor prática para o nosso problema de saúde (...).*

Em relação à subcategoria 3 - Impacto das atividades na saúde - os idosos disseram que mudaram de vida depois que foram atendidos nos referidos serviços de saúde: (...) *não tomo mais medicação e minha pressão estabilizou* (...) *aprendi a gostar mais de mim e dos outros também* (...) *aqui tenho amigos* (...) *estou num grupo que me faz envelhecer de um jeito mais saudável* (...) *quase já não tomo remédio para dormir* (...) *aprendi aqui, que o mais importante é buscar força dentro de nós para lutar por uma vida melhor* (...) *melhoramos como pessoa* (...) *aprendi a ser mais solidário e a me sentir útil* (...) *uma maneira mais natural, saudável que não agridem o nosso organismo* (...) *aqui me senti renovada* (...) *aprendi a falar da minha vida* (...) *fui escutada* (...) *me fortaleci como pessoa* (...) *fez amigos* (...) *me sinto integrada ao grupo que participo* (...) *nem me lembro das minhas doenças* (...) *assim vou melhorando minha autoestima* (...).

Alguns idosos enfatizaram a satisfação em participar das práticas integrativas e complementares e o significado positivo das atividades realizadas em grupos, que fortalecem o benefício da socialização como cuidado em saúde: (...) *todas as práticas complementares para todos nós* (...) *mudar e participar, cada dia mais* (...) *através da minha participação nas atividades como yoga e terapia comunitária* (...) *me sinto cheia de energia* (...) *participo de grupos* (...) *as práticas que fiz, em especial, a auriculoterapia* (...) *a terapia comunitária me ajudou bastante a falar dos meus sentimentos e tirar um peso das costas* (...) *participo de grupo* (...) *é uma atividade física que você faz e que mexe com o corpo da gente e faz a gente feliz* (...). Dentre essas práticas, as que mais se destacaram neste estudo foram: yoga, terapia comunitária integrativa, auriculoterapia, atividades físicas pois expressam suas vontades em participar integralmente dessas ofertas terapêuticas que trazem tantos benefícios à saúde desses, tanto mental quanto fisiológica.

O atendimento em saúde para a pessoa idosa tem muitos desafios, como, por exemplo, o de proporcionar um envelhecimento saudável, que depende de fatores como a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a assistência à saúde. Assim, para os idosos, o conceito de saúde perpassa valores concernentes à qualidade de vida e está associado também à capacidade de expressar sentimentos, que trazem benefícios para a saúde. Nesse contexto, a saúde é discutida sob o ponto de vista subjetivo, com características e ideias de valores abstratos, em que o próprio indivíduo é responsável por procurar se sentir bem e ser mais resiliente (SATURNINO, et al., 2019).

Dentre esses aspectos, outro significado foi substancialmente apreendido nas falas dos entrevistados - a espiritualidade – que foi citada como fator determinante para se alcançar um estado de saúde segundo as concepções do idosos atendidos no contexto da Atenção Básica.

Estudo corrobora essa afirmação ao concluir que pesquisas sobre esse tema demonstram que existe uma relação positiva entre a espiritualidade/religiosidade e a melhora dos principais indicadores de saúde, e que essas relações vêm sendo cada vez mais estudadas e destacadas pelos investigadores. Logo, suas evidências expressaram que as crenças e as práticas religiosas estão associadas a melhores índices de saúde física e mental, a um maior suporte social e a uma vida com mais longevidade e boa qualidade (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

É pertinente elucidar, que ao serem indagados sobre suas concepções de saúde, os idosos também demonstraram que se preocupam com o provimento financeiro de si próprios e de sua família como determinante para uma vida mais saudável. Essa visão também foi abordada em outro estudo, cujos resultados indicaram que, para esse público, o conceito de saúde é multidimensional, e assim, ante sua ampla definição e concepção, um dos fatores decisivos se encontra na situação socioeconômica, bem como, a rede social de apoio, a condição de saúde (destacando-se a saúde mental) e o acesso ao uso de serviços de saúde, para conceber um envelhecimento não patológico e com qualidade de vida (FERRETTI; NIEROTKA; SILVA, 2011).

A situação financeira, segundo as falas dos idosos, pode interferir no estado de saúde, pois, para eles, quem tem uma fonte de renda tem saúde. No Brasil, o serviço público de saúde deve garantir acesso gratuito e um serviço de boa qualidade. Entretanto, alguns idosos que têm uma situação financeira melhor preferem dispor de um plano de saúde privado e escolhem outros serviços de saúde como primeira opção. Esse fato pode ter ligação com as falhas já identificadas nos serviços públicos, como grande demanda, verbas mal aplicadas e falta de estrutura, que fazem com que os idosos busquem por serviços mais ágeis, atendimento de boa qualidade, entre outros suportes privados (FERREIRA *et al.*, 2020).

Em seus depoimentos, os idosos reconhecem a importância da prática de atividade física e de alimentação saudável para a saúde. Um estudo sobre a experiência de idosos em relação aos benefícios da atividade física para melhorar a qualidade de vida evidenciou que diminuíram as dores musculares e ósseas, os níveis de hipertensão e de diabetes e o resgate da autonomia nas atividades de vida diária. Então, os serviços de saúde podem incentivar a prática de atividade física como um aspecto determinante para melhorar a qualidade de vida no envelhecimento (CAMBOIM *et al.*, 2017).

Assim, é importante que se invista adequadamente em ações preventivas, durante todo o percurso da vida, sobretudo para esse público, devido ao grande aumento do processo de envelhecimento em âmbito nacional. Portanto, é essencial que o envelhecimento esteja inserido na formulação de políticas públicas como também na execução de ações de prevenção e

promoção da saúde, na perspectiva de diminuir significativamente o envelhecimento patológico através da mitigação de problemas identificados nos serviços de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; AZEVEDO FILHO *et al.*, 2019).

No que concerne à subcategoria sobre os aspectos sociológicos, relacionais e culturais, os idosos relacionaram a saúde aos grupos de convivência e às relações construídas durante as práticas em grupos de que participam. De acordo com a literatura, os grupos de idosos podem fortalecer o resgate da autoestima, a interação social e a promoção da saúde. Além de ser um grande suporte psicossocial, a participação em grupos de convivência contribui para aumentar o otimismo em relação ao futuro para melhorar os índices de resiliência e a qualidade de vida no processo de envelhecimento (GLIDDEN *et al.*, 2019).

Quando questionados a respeito do atendimento, a maioria dos idosos falou positivamente acerca do serviço oferecido. Em outro estudo sobre a satisfação com os serviços e os cuidados oferecidos na Atenção Básica, 87,0% dos idosos entrevistados afirmaram estar satisfeitos com o atendimento nesse nível de atenção (AMORIM; TEIXEIRA; FERLA, 2020). Os serviços de saúde podem ser avaliados por diferentes vertentes, e o olhar do idoso, como usuário, pode trazer ferramentas para melhorar o planejamento e a organização das ações e melhorar a qualidade e a resolutividade dos atendimentos.

No que diz respeito aos problemas vivenciados pelos idosos, quando indagados sobre os serviços e os atendimentos de saúde, eles mencionaram a espera em demasia por vagas em exames, ou seja, atrasos relacionados ao sistema de regulação, escassez na oferta de vagas para atendimentos médicos e resolutividade quanto aos encaminhamentos aos especialistas, que também atrasam a dispensação de medicamentos controlados. Essas lacunas comprometem a qualidade da assistência.

Nesse contexto, as insatisfações evidenciadas nas falas dos idosos sobre a demora dos exames e o encaminhamento às especialidades oferecidas na rede corroboram os resultados de um estudo realizado com 381 idosos, no qual os níveis mais elevados de insatisfação dos idosos foram relacionados com as datas de realização dos exames e das consultas com especialistas (ANDRADE *et al.*, 2019).

Tendo isso em vista e com o intuito de resolver esses entraves, a Atenção Primária tem sido foco de estudo de muitas situações de saúde pública devido à sua importância no atendimento ao paciente, especialmente na prevenção e na promoção integral da saúde. Logo, diferentes foram as conquistas históricas em cada modelo assistencial, até chegarmos ao modelo que temos hoje, com estruturações e mudanças para garantir uma atenção básica resolutiva e de boa qualidade, embora, nos dias atuais, os profissionais ainda enfrentem dificuldades em

relação à adesão ao tratamento e às ações propostas pela equipe de saúde que, muitas vezes, resultam em situações de agravos de doenças e complicações nas redes de referência e culminam com agravos de violência contra os profissionais da área de Saúde (SCHENKER; COSTA, 2019).

Todavia, quando questionados acerca dos atendimentos ofertados na Atenção Básica, os idosos exaltaram a competência dos profissionais e demonstraram grande satisfação com as equipes de saúde, por serem capazes de proporcionar um ambiente humanizado e acolhedor visando ao bem-estar desses indivíduos de forma substancial. Atitudes como essa demonstram que os esforços da saúde pública devem focar na priorização desses atendimentos e na valorização dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam veementemente na coordenação e promoção do cuidado de um público tão sensível às ações básicas de saúde.

Atualmente, vários profissionais de saúde se encontram imbricados em construir um modelo de saúde biopsicossocial, que, para além da patologia, considere todos os fatores envolvidos no processo saúde-doença. No entanto, por mais que possa ser pensado coletivamente o processo saúde-doença, o profissional precisa estar cada vez mais sensível e atento para respeitar as singularidades dos sujeitos e seus contextos (GOMES *et al.*, 2017).

Nos relatos dos idosos, constatamos que o atendimento teve efeito positivo em seu estado de saúde, como a diminuição do uso de medicações, os níveis de pressão arterial e o resgate da autoestima. Por conseguinte, a literatura aponta que ações adequadamente planejadas, partindo da real necessidade dos usuários, podem apresentar maiores índices de sucesso na resolução de problemas, que, se tratados na Atenção Básica, não precisariam de um atendimento especializado ou de encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde (PEDRAZA; NOBRE; MENEZES, 2018).

Uma das estratégias mais citadas pelos idosos que apresentou impacto positivo na saúde foi criada com base nas conquistas sociais e vem sendo ampliadas pela demanda social são as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), abordadas, segundo a visão dos participantes, como uma das ferramentas que melhoram a qualidade de vida e possibilitam uma adição substancial no envelhecimento saudável de forma significativa aos esforços pertinentes à atenção básica.

Nascimento e Oliveira (2016) afirmam que a medicina complementar vai além da concepção de corpo como um objeto da ciência, em que as doenças resultam de agressões por agentes concebidas de forma cartesiana em que, por lógica, chega-se à cura com a eliminação do patógeno. Nesse sentido, a medicina complementar é muito mais ampla, por ser sistêmica, contextualizada e considerar a pessoa em sua complexidade, por atentar para os seus aspectos

físicos, emocionais, espirituais, mentais, econômicos e sociais, para caracterizar a doença, o diagnóstico e o tratamento.

A interação social, destacada pelos idosos nas entrevistas grupais, é fortalecida com as práticas integrativas e complementares, porque várias dessas atividades proporcionam a integração e o pertencimento dos sujeitos na efetiva construção de laços socioafetivos e culturais (MOEBUS; MERHY, 2017). Portanto, a contribuição das práticas integrativas e complementares para o idoso, sobretudo na Atenção Primária, deve ser ressaltada para que possam ser inseridas nas práticas cotidianas do cuidado, visando concretizar o desafio de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, que precisam de espaços para serem acolhidas, ouvidas e respeitadas.

As PIC são práticas de cuidado que incentivam o autocuidado, o cuidado com o outro, a ética humana e a corresponsabilização no processo saúde-doença e o estabelecimento de vínculos solidários, sempre numa perspectiva criativa e participativa (SANTOS *et al.*, 2018). Diversas pesquisas, incluindo esta, revelam que essas práticas interferem positivamente na qualidade de vida das pessoas, no que diz respeito ao sono, à dor, ao estado emocional e ao bem-estar, o que demonstra que sua execução é benéfica para a saúde da população (MCFEETERS *et al.*, 2016; CRUZ; SAMPAIO, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016).

Azevedo (*et al.*, 2015), em estudo sobre os benefícios das PIC na qualidade de vida dessa população, ao entrevistar os idosos participantes das PIC, encontraram vários benefícios mencionados: desmedicalização, aumento da autoestima, controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS), aumento no equilíbrio, minimização da dor, aumento dos vínculos sociais e fortalecimento musculoesquelético como principais benefícios. Esse fato sinalizou a necessidade premente de profissionais de saúde desenvolverem ações e políticas que contemplam essa população, cada vez mais, com as PIC.

O Ministério da Saúde, ao implantar as PIC, ampliou as ofertas de ações no SUS e democratizou os serviços para todos, que antes só eram disponíveis para o setor privado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016). Partindo desse mesmo entendimento, em estudo que propõe a inclusão das terapias integrativas e complementares na formação dos acadêmicos da saúde, Gomes (*et al.*, 2017) sustentam que, na contemporaneidade, as PIC precisam ser conhecidas e estudadas pelos acadêmicos das áreas de Saúde, porque essas práticas deixaram de ser privilégio da elite intelectual, detentora do poder econômico. Houve uma democratização para a população em geral, uma verdadeira universalização do cuidado.

O Brasil vem se destacando no cenário internacional por adotar as PIC como ferramenta de cuidado para os usuários do SUS. Essa experiência colocou o país como colaborador de entidades internacionais da saúde, o qual vem sendo convidado para agregar suas experiências à OMS e à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na perspectiva de criar políticas públicas sobre as medicinas tradicionais nos anos de 2014 e 2013. Devido a essa realidade, tornou-se imprescindível sensibilizar gestores para se implantar e implementar a PNPIIC, visando construir indicadores para sensibilizar e formar novos profissionais para atuarem na AB, além de garantir os medicamentos e os insumos da PIC (TELESI JÚNIOR, 2016).

O envelhecimento saudável é uma excelência que todos os países buscam no Século XXI. Enfrenta-se o desafio de promover saúde e prevenir doenças, de forma holística e racional, capaz de minimizar gastos com medicações, internamentos e, consequentemente, otimizar a qualidade de vida da população idosa. Essa perspectiva tem subsumida em sua estrutura a certeza de que as PIC estimulam o autocuidado, a corresponsabilização no processo de adoecimento e a intersubjetividade afetiva construída entre os sujeitos, sempre à luz da ética humanista (SANTOS *et al.*, 2018).

A atitude do idoso no processo saúde-doença é multifatorial, já que eles utilizam fármacos, remédios caseiros, orientações profissionais, escutas comunitárias e apoio espiritual, sempre em busca da tão almejada melhoria na qualidade de vida ou da cura como demonstrado na maior parte de suas falas. Em se tratando de cuidado em saúde, os idosos têm habilidade de conjugar suas práticas socioculturais intergeracionais legadas às próprias práticas experienciais vivenciadas ao longo da sua existência. Somam-se, ainda, as recomendações de profissionais de saúde, quando se está em busca do cuidado amplo, na perspectiva da prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa realidade interfere nas atitudes dos idosos quando eles ou algum de seus familiares adoecem, com repercussão direta no uso de medicamentos (OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

Para Lima e Padilha (2017), o sistema de saúde precisa equacionar custos, qualidade, disponibilidade e acessibilidade aos serviços e equidade no cuidado, considerando a perspectiva política, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a relação dos profissionais com os usuários, uma vez que se tornam mais autônomos e reivindicam uma assistência de boa qualidade. Nesse sentido, as mudanças pretendidas carecem de uma ampliação das capacidades profissionais, permitindo a aquisição de novos conhecimentos para atender a um conjunto de necessidades em saúde.

Nesse sentido, a compreensão dos idosos sobre a saúde e o atendimento corrobora a compreensão de envelhecimento saudável, evidenciado na adoção de hábitos e comportamentos

que interferem positivamente no estilo de vida, nos parâmetros das doenças crônicas e na prevenção de algumas doenças. Em suas falas, eles referiram que é preciso cuidar da saúde, interagir com outras pessoas e manter um bom relacionamento com elas, que o atendimento dos profissionais de saúde é muito importante e que os tratamentos não convencionais, tradicionalmente ofertados nos serviços de saúde, impactaram positivamente sua saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das ações socioeducativas e de promoção da saúde oferecidas aos idosos atendidos na Atenção Básica apontou que, segundo os idosos, a saúde está relacionada aos aspectos psicológicos, biológicos, espirituais, sociais e econômicos. Por essa razão, é imprescindível considerar a saúde numa perspectiva multidimensional e não, limitante a um fator determinante, porque, segundo os idosos, ter saúde é ter equilíbrio emocional e condições financeiras que garantam acesso à saúde, é praticar atividade física e boa alimentação, bem como manter boas relações com as pessoas.

Quanto ao atendimento, a possibilidade de avaliar os serviços de saúde na perspectiva dos idosos, auxilia corrigir falhas, reorganizar as ações socioeducativas e ampliar as práticas. É importante ressaltar que, apesar de terem demonstrado, em suas falas, satisfação com o atendimento e com os profissionais da saúde, os idosos apontaram fragilidades na realização de exames e nos encaminhamentos aos especialistas.

Acrescentamos que as questões trazidas pelos idosos podem contribuir pra superar dificuldades encontradas nos serviços, pois, partindo do conhecimento obtido nas falas, os gestores e os profissionais de saúde podem encontrar subsídios para elaborar planos de ação visando um envelhecimento saudável, visto que o acesso à saúde e o atendimento de boa qualidade são indispensáveis no cuidado prestado à pessoa idosa.

Sobre a *saúde* e o *atendimento*, os idosos ressaltaram que a convivência em grupo é muito importante, sobretudo através do uso de práticas integrativas e complementares, que são um diferencial em sua saúde, porquanto ampliam as possibilidades terapêuticas, criam vínculos afetivos, valorizam a autonomia e resgatam a autoestima dessa população. Assim, as práticas integrativas e complementares são excelentes ferramentas de cuidado que viabilizam a reconstrução do fazer coletivo no processo de produção de saúde.

As falas dos idosos nos proporcionaram uma reflexão importante na perspectiva de mudanças nas práticas de saúde, porque demonstram que os referidos serviços de saúde devem assumir a função precípua de acolher, escutar e dar respostas positivas às suas necessidades de saúde. Ainda, na visão dos idosos, podemos perceber um posicionamento positivo e relacionado ao perfil do idoso socializado, capaz de promover saúde, autonomia e de conhecer as próprias necessidades. Nesta perspectiva, esperamos que os resultados desta investigação possam servir de subsídio para pesquisadores, profissionais e gestores, de modo a abrir caminhos para o diálogo entre os dois modelos de cuidado: o biomédico e o integrador e, sobretudo, para aqueles que lidam cotidianamente com os idosos.

Diante do exposto, é importante atentar para a importância de investigar o que pensam os idosos sobre saúde e atendimento, para que se compreenda como a dinâmica das ações de saúde ofertadas nesses serviços pode contribuir para captar suas necessidades singulares de saúde e sua subjetividade, a partir da abertura para a escuta e para o estabelecimento de vínculos e laços de confiança. Isso implica acolher, oferecer espaço para a fala e para o diálogo.

No âmbito das práticas integrativas e complementares, podemos afirmar que elas ampliam as possibilidades terapêuticas, valorizam os encontros e os processos relacionais entre profissionais e idosos, com espaços de escuta para aliviar sintomas e resgatam a autonomia desses sujeitos em relação às escolhas para o cuidado em saúde.

Portanto, considerando os resultados obtidos o referido estudo ratifica a relevância em analisar as concepções dos idosos sobre saúde e atendimento a partir das ações socioeducativas e de promoção da saúde oferecidas na Atenção Básica, como uma dimensão importante a ser considerada na promoção de um envelhecimento saudável.

Com o intuito de fortalecer a rede SUS e de contribuir para o aprimoramento do processo de conhecimento dos que visam prestar um cuidado de saúde à pessoa idosa, neste estudo, propomos que sejam feitas rodas de conversas com os profissionais de saúde centradas na promoção do envelhecimento saudável, procurando articular as necessidades dos serviços de saúde, a capacidade resolutiva das instituições e a gestão social das políticas públicas de saúde.

O estudo apresentou limitações, no que concerne ao número de idosos entrevistados, devido ao início da pandemia pelo coronavírus, já que essas pessoas fazem parte do grupo de risco e foram as mais atingidas, razão por que não foi possível ampliar a coleta dos dados no momento, pois, para prevenir a contaminação, é necessário distanciamento social.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C. Factors associated to quality of life in active elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 613-621, 2009.

AMADO, D. M. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde - 10 anos: avanços e perspectivas. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 8, n. 2, p. 290-308, 2017.

AMORIM, Juleimar Soares Coelho de; TEIXEIRA, Luciana Barcellos; FERLA, Antônio Alcindo. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3625-3634, 2020.

ANDRADE, Luiza Amélia Freitas de *et al.* Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo o nível de satisfação dos idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 10^a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ANSEDE, M. Homeopatia nos EUA terá que colocar avisos de que não funciona. **El País**. [Internet] 2016. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/28/ciencia/1480357633_240491.html. Acesso em: 29 jul. 2020.

ARAÚJO, A. B.; MONTEIRO, E. M. M. O papel da família no tratamento dos idosos acometidos com a tuberculose na Unidade Básica de Saúde – PA Alfredo Campos - AM. **Rev Portal Divulg.** n. 10, p.10-27, 2011.

ARAÚJO, C. M.; OLIVEIRA, M. C. S. L.; ROSSATO, M. O sujeito na pesquisa qualitativa: desafios da investigação dos processos de desenvolvimento. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 33, p. 1-7, 2016.

ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P. O. Conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 117-149, 2014.

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

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

AZEVEDO FILHO, Elias Rocha *et al.* Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo nos Pontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 2, p. 142-149, 2019.

AZEVEDO, A. C. B. *et al.* Benefícios das Práticas Alternativas Integrativas e Complementares na qualidade de vida da pessoa idosa. **Acta de Ciências e Saúde**, v.1, n. 1, p. 43-59, 2015.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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

BOBBO, V. C. D. *et al.* Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1151-1158, 2018.

BOORSE, Christopher. “Health as a Theoretical Concept.” *Philosophy of Science*, vol. 44, no. 4, 1977, pp. 542–573. JSTOR. Disponível em: www.jstor.org/stable/186939. Acesso em: 07 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 633, de 28 de março de 2017. **Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/civil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza---o-das-Redes-de-Aten---o----Sa--de-do-SUS.pdf>

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 30 set. 2019.

BRASIL. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Presidência da República, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm#:~:text=Art.,de%20sessenta%20anos%20de%20idade. Acesso em: 30 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Política Nacional do Idoso.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 971, de 03 de maio de 2006. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Primária em Saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS:** atitude de ampliação de acesso. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria/GM/MS 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMBOIM, Francisca Elidivânia de Farias *et al.* Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2415-2422, 2017.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 287-307, 1997.

CARISSIMO, T. D. N.; OLIVEIRA, L.C. Estudo da eficácia da terapia floral em alunos submetidos a estresse. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 2, n. 8, 2017.

CARNUT, L. *et al.* Racionalização das ações intervencionistas e medicamentosas desnecessárias: um ensaio teórico-conceitual. In: CONGRESSO ONLINE DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 5, 2016, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [S. n.], 2016. p. 1-9.

CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09. p. 2849-2860, 2016.

COELHO FILHO, J. M. Saúde do idoso. In: ROUQUAYROL, Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p.401-421.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

CONTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263-73, 2015.

CORBO, A. D. A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A.L.M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

COSTA, I. C. C. *et al.* A técnica de grupo focal como instrumento metodológico de pesquisas qualitativas: do planejamento à análise dos dados. In: SOUZA, E. L.*et al.* **Pesquisa em Saúde Coletiva**. Natal: EDUFRN, 2018.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**. v. 62, n. 1, p.113-8, 2009.

COSTA, G. S. Grupos focais: um novo olhar sobre o processo de análise das interações verbais. **Revista Intercâmbio**, v. 25, p. 153-172, 2012.

COUTINHO, A. P. *et al.* Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n.4, p. 628-37, 2013.

CRESCE 46% PROCURA POR PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO SUS. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Notícias**, 20 mar. 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5275>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CRUZ, D. T. da; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Rev APS**. v. 19, n. 3, p. 483-94, 2016.

DALL'AGNOL, C. M. *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm**. 2012; v. 33, n. 1, p. 186-90, 2012.

DANIEL, A. V. C. **Produção de saberes na saúde coletiva**: instrumentos que direcionam à prática. Campo Grande: Editora Inovar, 2019.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3505-12, 2014.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p.591-604, 2018.

DRESCHER, A. *et al.* Concepções e intervenções em saúde mental na ótica de profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enfermagem: UFPE online**, v. 10, p. 3548-59, 2016.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-41, 2006.

SCOREL, L. S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

FAQUETI, A. TESSER, C. D. Utilização de medicinas alternativas e complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2621-30, 2018.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012

FERREIRA, J. A. *et al.* Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos. **Rev Pesq Fundam Care Online**. v.9, n.1, p. 200-7, 2017.

FERREIRA, Luiza Santos *et al.* Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 149, 2020.

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R. P.; SILVA, M. R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface - Com. Saúde e Educ**, v. 15, n. 37, p.565-72, 2011.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p.1869-78, 2015.

FRASS, M. *et al.* Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. **The Ochsner Journal**, v. 12, n. 1, p. 45-56, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307506>. Acesso em: 10 set. 2019.

FREIRE, A. B. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Rev Saúde**, v. 41, n.1, p.195-20, 2015.

FURTADO, M. A.; SZAPIRO, A. M. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 2, p. 277-89, 2016.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica.** v. 35, n. 2, p.144-9, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenados cuidados? Rio de Janeiro: **CEBES**, 2012.

GLIDDEN, Rosina Forteski *et al.* A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com a satisfação com suporte social e otimismo. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 39, n. 97, p. 261-275, 2019.

GOMES, D. R. G. M. *et al.* A inclusão das terapias integrativas e complementares na formação dos acadêmicos da Saúde. **SANARE, Sobral** - v.16, n.01, p.74-81, 2017.

GONTIJO, M. B. A. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 301-20, 2017.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1185-204, 2017.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro:** avaliação dos primeiros três anos de clínica da família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios.** Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencial/.../25072002pidoso.shtml. Acesso em: 20 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília: IBGE, 2016.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. 01-13, 2016.

KESKLER, M. *et al.* Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 27(2):e2017389, 2018.

KINALSKI, D. D. F. *et al.* Focus group on qualitative research: experience report. **Rev. Bras Enferm.**, v. 70, n. 2, p. 424-9, 2017.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care.** 2^a ed. Londres: BMJ Books, 2000.

KRIPPENDORFF, K. **Content Analysis, an introduction to its methodology.** Londres: Sage, 1980.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.** v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011.

LOPES, R. G. C. Imagem e autoimagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: NERI, A.L. (org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

LOURENÇO, L. F. L. *et al.* A historicidade filosófica do conceito saúde. **Revista Eletrônica História da Enfermagem**, v.1, p.17-35, 2014.

LUBENOW, J. A. M.; SILVA, A. O. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Rev. bras. geriatra. gerontol.**, v. 22, n. 2, 2019.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Saúde do idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 55018-36, 2020.

MCFEETERS, S. *et al.* A complementary therapy effectively promoting the health and well-being of older people in residential care settings: a review of the literature. **Int J Older People Nurs.**, v. 11, n. 4, p. 266-83, 2016.

MCWHINNEY, I. R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A.L. A. Envelhecimento populacional no Brasil: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.19 n. 3, 2016.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. D. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 2, p. 145-52, 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/887>. Acesso em: 08 ago. 2019.

MORAIS, J. D. **O apoio social e a satisfação de hipertensos com a Atenção Primária à Saúde**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

MOREIRA, Antônia Silva Paredes. **A epilepsia e a aids na concepção do conhecimento cotidiano**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1998.

MOROSINI, M.V.G.C. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOURA, E. S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Âmbito Jurídico**, 01 jul. 2013.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, n. 1, v. 34, p. 92-6, 2010.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 272-81, 2016.

NEVES, T. V.; REIS, R. Exercício físico baseado em práticas integrativas e complementares: relato de experiência sobre um grupo de idosos. **Cadernos de Naturopatia e Terapias Complementares**, v. 5, n. 8, p. 53-8, 2017.

NOGUEIRA, M. F. **Avaliação multidimensional da qualidade de vida em idosos: um estudo no curimataú ocidental paraibano 2016**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

OLIVEIRA, E. B. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, n.29, p. 64-72, 2013.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; SANTOS, S. M. A. Conciliando diversas formas de tratamento à saúde: um estudo com idosos na Atenção Primária. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(3):e:3670015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, p. 158-64, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Traditional medicine**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-2020-2030>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; NOBRE, Amanda; MENEZES, Tarciana. Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos idosos em Campina Grande, Paraíba. **Revista de APS**, v. 21, n. 1, 2018.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-76, 2017.

RESSEL, L. B. *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & contexto enferm.**, v. 17, n. 4, p. 79-86, 2008.

SALAFIA, M. T.; GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Avaliação das práticas integrativas e complementares na atenção integral a saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras de Iniciação Científica**, v. 6, n. 5, p. 23-43, 2019.

SANTONI, G. *et al.* Definindo trajetórias de saúde em idosos com cinco indicadores clínicos. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 72, n. 8, p. 1123-9, 2017.

SANTOS, M. S. *et al.* Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **Rev Min Enferm.**, v. 22, p. 1-5, 2018.

SANTOS, N. F. dos; SILVA, M. R. F. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, 10(2), p-358-371, 2013.

SANTOS, N. M. F. *et al.* Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos com osteoporose. **Rev Min Enferm**, v. 16, n. 3, p. 330-8, 2012.

SATURNINO, M.N.G. et al. Modos de ver e de fazer: saúde, doença e cuidado em unidades familiares de feirantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1723-1732, 2019.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369-80, 2019.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCOLARI, G. A. S. *et al.* Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, supl. 2, p. 811-7, 2018.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, dez. 2013.

SILVA S. A. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, p. 126-32, 2014.

SILVA, A. L. M. *et al.* Mudanças e acontecimentos ao longo da vida: um estudo comparativo entre grupos de idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 3-10, 2015.

SILVA, F. A. *et al.* Tecendo saberes sobre plantas medicinais: o resgate, a permanência e a construção do conhecimento popular na Atenção Básica do município de Aracaju. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**, v. 4, n. 4, p. 184-188, 2016.

SILVA, R. M. *et al.* Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde Soc.**, 11^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, v. 25, n.1, p.108-2, 2016.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C.M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da Região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p.1865-76, 2017.

SOUSA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B.; GUIMARÃES, M. B. L. Integrar-se: uma experiência anti-utilitarista por meio das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais da

Atenção Primária em Saúde. In: MARTINS, P.H. et al. **Produtivismo na saúde**: desafios do SUS na intervenção da gestão democrática. Recife: EDUFPE; 2014.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. Hist. **Cienc. Saúde**, v.16, n. 2, p. 393-405, 2009.

SOUZA, J. et al. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 985-92, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 17, n. 2, 2019.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, número especial 1, p. 174-88, 2018.

TOLDRÁ, R. C.; et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 159-68, 2014.

TURA, L. E. R.; CARVALHO, D. M.; BURSZTYN, I. Envelhecimento, práticas sociais e políticas públicas. In: LOPES, M. J.; MENDES, F. R. P.; SILVA, A. O. **Envelhecimento**: estudos e perspectivas. São Paulo: Martinari. 2014. P. 19-33.

TURCI, M. A.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 1941-52, 2015.

VALA, J. Análise de Conteúdo. In: SILVA, A. S., PINTO, J. M. (org.) **Metodologia em Ciências Sociais**. Porto: Edições Afrontamentos, 2005, p.101-128.

VELO, C. E. La medicina complementaria y alternativa desde el punto de vista del traductor. **Panace**, v. 12, n. 34, p. 295-302, 2011.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Division of mental health and prevention of substance abuse**. Measuring quality of life. Geneva: WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Traditional medicine strategy**: 2014-2023. Genebra: WHO; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 15 jun. 2020.

ZAGO, A. S. *et al.* Trabalho multiprofissional: necessidades reais e as políticas públicas na atenção da população idosa. **Rev Ciência Atual**, v. 5, n. 1, p. 02-12, 2015.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa, intitulada ***ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: UM DESAFIO PARA O IDOSO ATENDIDO NA ATENÇÃO BÁSICA***, está sendo desenvolvida pela Prof.^a Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.

O estudo tem como objetivos: geral - Analisar ações socioeducativas e de promoção da saúde oferecidas aos idosos atendidos na atenção básica a partir do que eles pensam sobre saúde, como uma dimensão importante a ser considerada para um envelhecimento saudável; específicos: apreender as concepções de saúde para idosos atendidos na atenção básica; conhecer o que pensam os idosos sobre o atendimento na atenção básica na promoção de um envelhecimento saudável; propor um Programa de Capacitação para Profissionais de Saúde da Atenção Básica centrado na promoção do envelhecimento saudável para idosos, visando promover benefícios relacionados aos desenvolvimentos e ao uso de tecnologias, aos processos assistenciais e aos educacionais na atenção à saúde da pessoa idosa, bem como à implementação de políticas públicas em múltiplos contextos de atenção à saúde dessas pessoas. Destaca-se a importância da pesquisa sobre aspectos relacionados ao envelhecimento para o desempenho de ações que visem ao bem-estar de pessoas idosas e que articulem conhecimentos atualizados e metodologias pertinentes para a atenção à saúde da pessoa idosa.

Solicitamos sua colaboração para a entrevista e sua autorização para apresentar os resultados do estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que a pesquisa tem risco mínimo, tendo em vista que, no momento da entrevista, o colaborador poderá se sentir constrangido, entretanto, ele tem o livre arbítrio para desistir de participar da pesquisa.

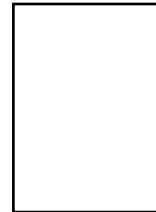
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver, a qualquer momento, desistir do mesmo, não sofrerá qualquer dano nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto,

sobre como será minha participação e os procedimentos e riscos decorrentes do estudo, declaro meu consentimento para participar da pesquisa e concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora Assinatura do/a participante



Impressão dactiloscópica

- Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde -Endereço: Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com Campus I – Fone: (83) 32167791

- Contato com a pesquisadora responsável: Prof.^a Dr.^a Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF/UFPB), Universidade Federal da Paraíba – CSS, Cidade Universitária – João Pessoa, PB CEP: 58059-900. Fone: (83) 3209-8789.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS SOCIAIS

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado civil:

- () Solteiro(a)
- () Casado(a)
- () Divorciado(a)
- () Separado(a)
- () Viúvo(a)
- () União Estável

Escolaridade:

- () Fundamental incompleto
- () Fundamental completo
- () Ensino Médio incompleto
- () Ensino Médio completo
- () Técnico incompleto
- () Técnico completo
- () Superior incompleto
- () Superior completo
- () Pós-Graduação incompleta
- () Pós-Graduação completa

Qual(is) dessas rendas o(a) Sr.(a) tem?

- () Aposentadoria
- () Pensão
- () Aluguel

- Trabalho próprio (autônomo)
- Empregado
- Doações (família, amigos, instituições, entre outros)
- Outros (especificar: _____)

Questões norteadoras:

1. O que o(a) Sr(a) pensa sobre saúde? O que significa ter saúde para o Sr(a)? O que fazer para melhorar a saúde? O que faz o (a) Sr(a) pensar dessa forma?
2. O que o 9^a) Sr(a) acha do atendimento desse serviço? O que significa para o(a) Sr(a) um bom atendimento de saúde? Fale sobre as principais contribuições e mudanças ocorridas em sua saúde depois de ser atendido (a) nesse serviço. Quais são algumas das razões para os sentimentos que o (a) Sr(a) relatou?

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/09/2009, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Protocolo CEP/HULW nº 261/09, FR: 294027, da pesquisadora responsável profa Drª **ANTONIA OLIVEIRA SILVA.**

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 27 de abril de 2009.

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW