



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO

CÉLIA MARIA CARTAXO PIRES DE SÁ

**CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO OLHAR DOS  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOÃO PESSOA – PB

2016

CÉLIA MARIA CARTAXO PIRES DE SÁ

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO OLHAR DOS  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Linha de Pesquisa: Saúde do Adulto e do Idoso.

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

**COORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Antonia Oliveira Silva

JOÃO PESSOA – PB

2016

S111c Sá, Célia Maria Cartaxo Pires de.  
Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar dos  
profissionais da Estratégia de Saúde da Família / Célia Maria  
Cartaxo Pires de Sá.- João Pessoa, 2016.  
74f. : il.  
Orientadora: Maria Adelaide Silva Paredes Moreira  
Coorientadora: Antonia Oliveira Silva  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS  
1. Enfermagem. 2. Saúde - adulto idoso. 3. Profissionais de  
saúde. 4. Caderneta de saúde - pessoa idosa.  
5. Representações sociais.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

**CÉLIA MARIA CARTAXO PIRES DE SÁ**

APROVADA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Antonia Silva Moreira - UFPB  
Coorientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenilde Duarte de Sá – UFPB  
Membro interno titular

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes de Farias Pontes – UFPB  
Membro externo titular

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt – UFPB  
Membro interno suplente

## **DEDICATÓRIA**

À minha mãe, Lúcia, que sempre esteve em todos os momentos de minha vida, ajudando-me, apoiando-me e acreditando em mim. Foi o meu alicerce durante todo esse tempo. Sem ela, não teria conseguido atingir muitos dos meus objetivos.

Às minhas filhas amadas: percorremos os mesmos caminhos, comemoramos os bons momentos e nos consolamos nas horas difíceis. Essas lembranças serão sempre preciosas;

À minha família, por me permitir a convivência e o fortalecimento dos laços entre nós.

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Maria Adelaide Silva Paredes Moreira**, pela orientação e pelo auxílio constante a todos os integrantes do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais;

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

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Lenilde Duarte de Sá**, por me ter possibilitado o caminho percorrido, com apoio e solidariedade;

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Maria de Lourdes de Farias Pontes**, pela solicitude e pelo aprendizado;

À **Maria da Glória Pimentel Batista**, pela amizade e pela delicada ajuda para a produção desta dissertação;

À **Séfora Luana Evangelista de Andrade, Luipa Michele Silva e Karoline de Lima Alves**, pelo acolhimento e pelo apoio durante esse processo de construção;

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 **profissionais** que acreditaram na importância deste estudo e aceitaram dar sua contribuição;

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

Enfim, **a todos os** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desse sonho.

## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

|                                                                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>TABELA 1</b> – Distribuição dos profissionais segundo as variáveis sociodemográficas...                                                                         | 36 |
| <b>TABELA 2</b> – Distribuição do conhecimento e do uso da caderneta de saúde segundo os profissionais do estudo – João Pessoa/2015.....                           | 49 |
| <b>QUADRO 1</b> – Descrições das categorias a partir da Análise de Conteúdo centrada nas falas dos profissionais acerca da caderneta de saúde da pessoa idosa..... | 39 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ABS** - Atenção Básica em Saúde

**AB** – Atenção Básica

**ACS** – Agentes Comunitários de Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CEP**- Comitê de Ética em Pesquisa

**COSAPI** – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**GM**- Gabinete Ministerial

**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**NOAS** - Norma Operacional de Assistência à Saúde

**PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

**PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**PSF** – Programa Saúde da Família

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TALP**- Técnica de Associação Livre de Palavras

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UCI** - Unidades de Contexto Iniciais

**USF** - Unidade de Saúde da Família

**UCIs** – Unidades de Contexto Iniciais

**OMS** – Organização Mundial em Saúde

## SUMÁRIO

|                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                      | <b>07</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                                             | <b>12</b> |
| 2.1 ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....                                         | 13        |
| 2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO DISPENSADO À PESSOA IDOSA.....                  | 19        |
| 2.3 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....                                                   | 23        |
| 2.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....                                                               | 26        |
| <b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>                                                     | <b>30</b> |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO.....                                                                       | 30        |
| 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....                                                                    | 30        |
| 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....                                                                  | 32        |
| 3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....                                                 | 32        |
| 3.5 ANÁLISES DOS DADOS.....                                                                   | 33        |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....                                                 | 34        |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>                                                         | <b>35</b> |
| 4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS.....                                                             | 36        |
| 4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....                    | 39        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                              | <b>51</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                       | <b>54</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                                                                         | <b>64</b> |
| <b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>                           | <b>63</b> |
| <b>APÊNDICE B - TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....</b>                              | <b>64</b> |
| <b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA E DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....</b>                   | <b>65</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                            | <b>66</b> |
| <b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>                                              | <b>66</b> |
| <b>ANEXO B - CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA PRECONIZADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....</b> | <b>67</b> |

## RESUMO

**Introdução:** O crescimento do número de pessoas com 60 anos ou mais é um dos mais expressivos fenômenos demográficos do Brasil. Essa realidade exige um olhar diferenciado em todas as instâncias do cuidado. A saúde do idoso é uma área estratégica da atenção básica, e o Ministério da Saúde criou a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para identificar as vulnerabilidades e as singularidades dessa população e promover ações específicas para minimizar os agravos. **Objetivo:** Este estudo tem o objetivo de identificar as representações sociais sobre a caderneta de saúde da pessoa idosa elaboradas pelos profissionais da atenção básica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, com uma abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, e realizado nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário V do município de João Pessoa-Paraíba/Brasil, do qual participaram 53 profissionais da área de saúde de forma aleatória. Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semiestruturada, organizada em duas partes: a primeira contemplou a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), com o termo indutor: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; a segunda foi constituída de questões relacionadas ao uso da caderneta pelos profissionais e informações sociodemográficas. Os dados coletados da TALP foram processados com o auxílio do software Iramutec, versão 0.7 alfa 2, e as questões abertas foram analisadas por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática Categórica. O material advindo da análise de conteúdo apontou seis categorias associadas à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a saber: a) Ferramenta de cuidado; b) Instrumento de autonomia para o idoso; c) Recurso de informações sobre a saúde do idoso; d) Objeto de trabalho; e) Guia de acompanhamento da saúde do idoso e f) Suporte de saúde. **Resultados:** Dos entrevistados, 86,8% disseram que utilizam a caderneta de saúde da pessoa idosa; 3,8%, que não conhecem, e 9,4%, que têm acesso à caderneta, mas não a utilizam. Os profissionais representam a caderneta com conteúdos predominantemente positivos, associam-na tanto a imagens positivas quanto negativas e se posicionam favoráveis ao seu uso, por contemplar informações valiosas a serem consideradas na atenção à saúde da pessoa idosa, de modo a consolidar políticas públicas de saúde voltadas para um envelhecimento ativo e saudável. **Conclusão:** Apreender representações sociais construídas pelos profissionais da atenção básica relacionadas à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa poderá contribuir para fundamentar discussões a respeito de aumentar o número de adesão dos idosos e dos profissionais à caderneta, como um instrumento de promoção da saúde de pessoas em processo de envelhecimento.

**Palavras-chave:** Profissionais de saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa. Representações sociais. Envelhecimento.

## ABSTRACT

**Introduction:** The increasing population of over 60 year old people is one of the most expressive demographic phenomena in Brazil. That reality demands a different look in every instances of care. The health of the elderly is an strategic area of the basic attention, and the Ministry of Health has created the Health Book of the Elderly (Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa) to identify the vulnerabilities and singularities of that people and thus, implement specific actions to minimize the grievances. **Purpose:** This study aims to identify the social depictions on the Health Book of the Elderly made by the professionals of basic attention. **Methodology:** It is an exploratory study, with a qualitative approach founded on the Theory of Social Depictions, made on the Family Health Units (Unidades de Saúde da Família) of the V Sanitation District in the city of Joao Pessoa-ParaibaBrazil, with 53 randomly chosen health professionals. The data have been collected from a semi structured interview, in two parts: the first one took into account Technique of free association of words (TALP), with the inductive term: Health Book of the Old Person(Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa); the second one consisted of questions concerning the use of the Health book by the professional staff and social demographic information. The data collected from TALP have been processed with the help of the Iramutec software, version 0.7 alpha 2, and the open questions have analyzed through the Thematic Category Content Analyses Technique (Técnica de Análise de Conteúdo Temática). The material from the analyses of content showed six categories associated to Health Book of the old Person (Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa), as follows: a) Tool for care; b) Instrument of self-sufficiency for the elderly; c) Information Resource about the health of the elderly; d) Working object; e) Follow up guide on the health of the elderly and f) Health support. **Results:** Among the interviewed people, 86,8% said that they use the Health Book for Old people; 3,8% said they don't know it, and 9,4% said that they can have the Health book, but don't use it. The professional staff represent the Health Book with contents predominantly positive, they link it to positive as well as negative images and are favorable to its use, for it contains important and valuable information to be considered when caring the elderly health care, to consolidate public health policies aiming an active and healthy aging. **Conclusion:** Impounding social representations built by the basic attention staff concerning the Health Book of the Elderly may contribute to substantiate discussions on increasing the number of elderly and professional staff using the health book a tool to promote better health to people on their aging process.

**Key words:** Health staff. Health Book of the Elderly. Social representations. Aging.

## RESUMEN

**Introducción:** el crecimiento del número de personas con 60 años o más es uno de los más expresivos fenómenos demográficos de Brasil. Esa realidad exige una mirada diferenciada en todas las instancias del cuidado. La salud del anciano es un campo estratégico de la atención básica, y el Ministerio de Salud creó la Cartilla de Salud de la Persona Anciana para identificar las vulnerabilidades y las singularidades de esa población y promover acciones específicas para minimizar los agravios. **Objetivo:** Este estudio tiene el objetivo de identificar las representaciones sociales sobre la cartilla de salud de la persona anciana elaboradas por los profesionales de la atención básica. **Metodología:** Se trata de un estudio exploratorio, con un enfoque cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, y realizado en las Unidades de Salud de la Familia del Distrito Sanitario V del municipio de João Pessoa-Paraíba/Brasil, de lo cual participaron 53 profesionales del área de salud de forma aleatoria. Los datos fueron colectados a partir de una encuesta semiestructurada, organizada en dos partes: la primera contempló la Técnica de Asociación Libre de Palabras (TALP), con el termino inductor: Cartilla de Salud de la Persona Anciana; la segunda fue constituida de cuestiones relacionadas al uso de la cartilla por los profesionales e informaciones sociodemográficas. Los datos colectados de la TALP fueron procesados con el auxilio del software Iramutec, versión 0.7 alfa 2, y las cuestiones abiertas fueron analizadas por medio de la Técnica de Análisis de Contenido Temática Categorial. El material advenido del análisis de contenido apuntó seis categorías asociadas a la cartilla de Salud de la Persona Anciana, es decir: a) Herramienta de cuidado; b) Instrumento de autonomía para el anciano; c) Recurso de informaciones sobre la salud del anciano; d) Objeto de trabajo; e) Guión de acompañamiento de la salud del anciano y f) Soporte de salud. **Resultados:** De los encuestados, 86,8% dijeron que utilizan la cartilla de salud de la persona anciana; 3,8%, que no conocían, y 9,4%, que tienen acceso a la cartilla, pero no la utilizan. Los profesionales representan la cartilla con contenidos predominantemente positivos, asociándola tanto a imágenes positivas cuanto negativas y se posicionan favorables al su uso, por contemplar informaciones valiosa que sean consideradas en la atención a la salud de la persona anciana, de modo a consolidar políticas públicas de salud centradas en el envejecimiento activo y saludable. **Conclusión:** Aprender representaciones sociales construidas por los profesionales de la atención básica relacionadas a la Cartilla de Salud de la Persona Anciana podrá contribuir para fundamentar discusiones a respecto de aumentar el número de adhesión de los ancianos y de los profesionales al uso de la cartilla, como un instrumento de promoción de la salud de personas en proceso de envejecimiento.

Descriptores: Profesionales de salud. Cartilla de salud de la persona anciana. Representaciones sociales. Envejecimiento.

## ***INTRODUÇÃO***

O Século XXI está sendo considerado o século do envelhecimento, que tem trazido desafios para o indivíduo, sua família e a sociedade. O envelhecimento humano é um processo normal, universal, gradual e irreversível, que tem natureza complexa por conjugar fatores biológicos, psicológicos, econômicos e sociais. Portanto, varia conforme as idiossincrasias de cada indivíduo.

A educação em saúde, como um dos matizes da promoção da saúde, viabilizou, no século passado, mudanças significativas na saúde pública e promoveu avanços tecnológicos na medicina preventiva e curativa, que aumentaram a longevidade do indivíduo, reduziram a taxa de mortalidade e, paralelamente, provocaram o declínio da fertilidade. O desenvolvimento da Ciência e das novas tecnologias se reverteu em garantia de melhor qualidade de vida e de aumento da expectativa de vida sobre o planeta. Essa conjunção de fatores foi a propedêutica para o processo de envelhecimento (ARAÚJO et al., 2011; SILVA, YAZBEK, 2014).

No Brasil, a particularidade histórica de jovialidade da população vem se transformando em uma realidade passageira. O crescimento do número de pessoas com 60 anos ou mais é um dos mais expressivos fenômenos demográficos do Brasil. Essa realidade requer um olhar diferenciado em todas as instâncias do cuidado.

O envelhecimento populacional é uma característica comum na dinâmica demográfica das populações mundiais. No Brasil, a população de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 4%, em 1940, para 11%, em 2010, com a expectativa de alcançar 28% em 2040, algo em torno de 57 milhões de pessoas idosas. Esse processo implica mudanças no padrão de transferências de recursos públicos e privados (IPEA, 2013). O crescimento do número de pessoas idosas na população brasileira é um fenômeno visível, principalmente no final do Século XX, quando se observa a participação do idoso de forma marcante em todas as esferas da sociedade. O Estado deve acompanhar a realidade da estrutura etária e todos os seus reflexos, para que o saldo dos investimentos realizados seja positivo e se aproveitem as potencialidades dessa população (ZANON et al., 2013).

O grupo de pessoas idosas é o que mais cresce. Enquanto a população jovem encontra-se em um processo de desaceleração de crescimento, a população idosa está se

desenvolvendo proporcionalmente oito vezes mais do que a dos jovens e quase duas vezes mais do que a população total (WHO, 2005).

A Região Nordeste do Brasil apresenta a menor proporção de idosos, com aproximadamente 9% da população nessa faixa etária (PICCINI et al, 2006), enquanto o estado da Paraíba, inserido no cenário nacional, apresenta a terceira maior população de idosos, com 9,12% de pessoas acima de 60 anos de idade. Só perde para os estados do Rio de Janeiro (12,7%) e do Rio Grande do Sul (12,5%). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), esse percentual encontra-se em 11, 98% - 5,85% de pessoas com 70 anos ou mais de idade (IBGE, 2010).

No Brasil, em 2006, foi implantada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que direciona as medidas coletivas e individuais de saúde para a população idosa, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS. Mediante a PNSPI, o Ministério da Saúde criou e distribuiu para todo o território brasileiro, em outubro de 2006, a caderneta de saúde da pessoa idosa, para identificar o quadro geral da situação dos idosos em todo o país e promover ações específicas para as necessidades de saúde dessa faixa etária (BRASIL, 2006a).

A caderneta de saúde da pessoa idosa deve ser utilizada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no atendimento à pessoa idosa, pois esse instrumento possibilita o desenvolvimento de ações que visem ao atendimento integral, visando diminuir a mortalidade, identificar os idosos frágeis ou dependentes, imunizar efetivamente e acompanhar adequadamente os idosos com agravos de risco (BRASIL, 2008).

Através dessa ferramenta, os profissionais de saúde podem registrar informações importantes sobre as condições de saúde do idoso e informá-los sobre quais as ações que devem ser desencadeadas para estimular um envelhecimento ativo e saudável no âmbito da Atenção Básica (AB). Nessa perspectiva, o sistema de saúde e as universidades devem unir esforços para melhorar o espaço onde as necessidades de saúde da população surgem e investir na qualidade da formação dos profissionais (GONZE; SILVA, 2011).

Assim, considerando o leque de atribuições dos profissionais da AB, é possível que eles tenham dificuldades de preencher a caderneta de saúde da pessoa idosa, afinal, trata-se de mais um instrumento de acompanhamento e coleta de dados, ou seja, mais

uma demanda para esses profissionais cuja carga de trabalho é bem significativa, ainda que seja uma ferramenta de valor inquestionável para o planejamento de políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado visando a um envelhecer satisfatório.

O cuidado integral requer como pressuposto um trabalho executado por uma equipe multidisciplinar. Nesse contexto, prioriza-se o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde para se trabalhar nessa perspectiva, principalmente quando as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação têm como núcleo o cuidado com a pessoa idosa (BARROS et al., 2011).

Este estudo, subsidiado pela Teoria das Representações Sociais, pontua dimensões subjetivas importantes sobre a adesão ou não dos profissionais ao uso da caderneta no curso do atendimento. Seu elevado potencial interpretativo do objeto de estudo possibilita a elucidação dos sistemas de significação que são produzidos e compartilhados por um grupo social (MOSCOVICI, 2013).

As representações sociais são formas de conhecimento construídas e compartilhadas em grupos sociais específicos responsáveis por comportamentos e práticas dos sujeitos em relação ao objeto representado. Portanto, tratam das elaborações psicológicas e sociais construídas por uma dada sociedade, que são utilizadas no processo de comunicação, com a finalidade de se relacionar, imprimindo identidade aos sujeitos pertencentes ao grupo que divide a mesma imagem como elemento cultural sobre um objeto de uma mesma realidade (ARRUDA; MOREIRA, 2004).

É pertinente investigar o movimento provocado por essas representações para que se compreenda a dinâmica da saúde para readequar as práticas, principalmente as voltadas para a pessoa idosa, um público que necessita de um cuidado integral em saúde devido às suas peculiaridades. Assim, é necessário valorizar o conhecimento que é cotidianamente produzido nas unidades de saúde e articulá-lo com o que é criado na universidade (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007). Nesse caso em específico, o uso da caderneta do idoso pelos profissionais para o planejamento das ações de saúde voltadas para essa população se reflete em uma prática que possibilita uma atenção mais integral para essa população.

Assim, questiona-se: Quais são as representações sociais de profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre a caderneta de saúde da pessoa idosa e como esse

instrumento está sendo utilizado? Quais as implicações das representações sociais sobre a caderneta de saúde da pessoa idosa em relação ao significado dessa ferramenta para acompanhar as condições de saúde da pessoa idosa? Assim, considerando esses aspectos, o objetivo deste estudo é de investigar como os profissionais da estratégia de saúde da família concebem a caderneta de saúde da pessoa idosa e qual a influência de suas representações sociais na adesão ou não ao seu uso por esses profissionais no atendimento à pessoa idosa.

No que diz respeito à estrutura, este estudo foi dividido em quatro capítulos. O segundo traz o **referencial teórico**, em que são pontuados o envelhecimento, no contexto das Políticas Públicas de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família no cuidado com a pessoa idosa, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e as Representações Sociais; no capítulo três, são feitas algumas considerações sobre os **procedimentos metodológicos**, o tipo de estudo, o cenário da pesquisa, a população e a amostra, o instrumento para a coleta dos dados, a análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa; o capítulo quatro trata dos **resultados e das discussões** da pesquisa; por fim, apresentam-se as **considerações finais**, em que se faz uma breve descrição do resultado da pesquisa sobre o pensamento dos entrevistados a respeito da caderneta de saúde da pessoas idosa.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2.1 ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Sabe-se que o fenômeno do envelhecimento populacional vem crescendo significativamente, num cenário mundial de menos índices de natalidade e de mais expectativas de vida. Projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) indicam que uma em cada nove pessoas, no mundo, tem 60 anos ou mais. O estudo aponta, ainda, que, em 2050, pela primeira vez, haverá mais idosos do que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, o que constituía 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance um bilhão em menos de dez anos, que duplique em 2050 e alcance dois bilhões de pessoas ou 22% da população global. Já no Brasil, segundo pesquisa do IBGE, a população idosa totaliza 23,5 milhões de pessoas (BRASIL, 2015).

O foco da saúde pública, principalmente em torno do atendimento às demandas da saúde materno-infantil, apresenta, atualmente, a realidade do envelhecimento da população, que é uma preocupação para si, para os governos e para a sociedade. O aumento do tempo de vida da população se tornou um fato significativo para as políticas socio sanitárias que devem ser monitoradas e revistas a cada momento de sua implementação (FERNANDES; SOARES, 2012).

Segundo o Banco Mundial (2011), conforme pesquisas realizadas, o Brasil vive uma transição na pirâmide etária. A mortalidade vem diminuindo, principalmente em pessoas jovens, e a expectativa de vida, ao nascer, passou de 50 para 73 anos. Portanto, há um número maior de pessoas idosas na população. Estima-se que, em 2050, a população idosa passará de 20 milhões para 65 milhões.

Como o número de idosos vem crescendo significativamente na população brasileira, não se pode deixar de considerar as consequências para o sistema de saúde, pois tal fato eleva o número de atendimentos aos portadores de doenças crônico-degenerativas complexas. Como consequência disso, a demanda e a procura pelos serviços de saúde, assim como os seus custos têm se elevado bastante (BALDONI; PEREIRA, 2011).

O Brasil é hoje um “jovem país de cabelos brancos”, que abriga uma população susceptível às enfermidades típicas de países longevos, dependentes de cuidados

constantes, medicações contínuas e exames periódicos que geram uma onerosidade significativa, além dos altos índices de internações hospitalares e do grande espaço de tempo em que os leitos ficam ocupados (VERAS, 2009).

O envelhecimento crescente alterou o perfil da morbimortalidade da população e aumentou o índice de doenças crônicas não transmissíveis, em detrimento das doenças infectocontagiosas antes prevalentes. A pluralidade de ações e as intervenções de caráter preventivo ou de promoção à saúde são investimentos do governo e das instituições formadoras, com o intuito de se ter um cuidado mais humanizado. Nesse contexto, destaca-se a importância do trabalho multiprofissional (ZAGO et al., 2015).

Veras (2013) assevera que o processo de envelhecimento acarreta alguns desafios para a saúde, como a prevenção de doenças, a manutenção da saúde, e a independência e a autonomia da população idosa, os quais exigem aprovação e desenvolvimento de ações políticas. Portanto, não basta viver mais, é necessário ter uma boa qualidade de vida, dignidade e bem-estar (VERAS, 2012).

No Brasil, o marco histórico de delineação das políticas públicas da saúde foi a promulgação da Constituição Federal 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). Esse direito foi reafirmado com a criação do SUS, complementado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90.

Concomitantemente à regulamentação do SUS, várias conquistas brotam de um rosário de legislações, que emanam de movimentos históricos da saúde e se conjugam no tempo. Essas legislações nasceram de instâncias diferenciadas, em tempos distintos, mas mantinham o mesmo eixo e se interpenetravam, consolidando seu teor, e consideravam que o desenvolvimento de estratégias de promoção do envelhecimento requeria como premissa o atendimento das demandas dessa população nos diversos níveis de atenção do SUS.

Logo, em decorrência da importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8842/94), regulamentada em 1996 (Lei nº. 1.984/96), que garante ao idoso assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS, e previne, promove, protege e recupera sua saúde, por meio de programas e de medidas profiláticas. Em 1999, o MS,

através da Portaria 1.395/99, sancionou a Política Nacional de Saúde do Idoso, que fundamenta a ação do setor de saúde na atenção integral à população idosa e da que está em processo de envelhecimento, em conformidade com as demais leis que asseguram os direitos desse segmento populacional (BRASIL, 1996; BRASIL, 1999).

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

Em 2003, o Estatuto do Idoso, sancionado por meio da Lei nº 10.741, representou um dos principais instrumentos legais direcionados aos idosos, por assegurar os direitos fundamentais da pessoa idosa relacionados à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, ao alimento, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização do trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte (RODRIGUES et al., 2007). Em relação à saúde, em seu Artigo 15, assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, por meio de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços para prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde, entre outras atribuições (BRASIL, 2003).

Considerando que o setor de saúde precisa de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, em 19 de outubro de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por meio 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 estabeleceu que, na atenção à saúde dessa população, devem ser incorporados mecanismos que melhorem a qualidade da atenção à pessoa idosa e resolva as questões relacionadas a ela, através do 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, 2006b).

No mesmo ano, com a publicação do Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 399/GM, em sua dimensão ‘Pacto em defesa da vida’, a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica surgiram como três das seis prioridades, com o objetivo principal de planejar saúde para a pessoa idosa na perspectiva de implantação da PNSPI (BRASIL, 2007).

É importante demonstrar os objetivos de cada uma dessas vertentes:

- Promoção da saúde é investir nas ações do governo e da sociedade civil que fortalecem as condições para viver bem. E o Pacto pela Vida propõe a construção de políticas e ações que incentivem hábitos saudáveis na população brasileira como: a prática de atividades físicas; a alimentação saudável; o controle ao tabagismo; o desenvolvimento da consciência da responsabilidade individual e coletiva com a qualidade da própria saúde, mobilizando e produzindo conhecimentos em conjunto com a população; e o combate à prática e hábitos de vida que produzem doenças.

- A saúde do idoso, envelhecer pode ser um processo saudável e vivido sem as conhecidas “mazelas da idade”. Para tanto, é preciso oferecer suporte para que o risco de adoecer se reduza, a qualidade de vida melhore e se ofereça uma atenção integral à saúde dos idosos. Ou seja, é preciso que o idoso seja atendido em todas as suas necessidades.

- O fortalecimento da Atenção Básica: (...) Uma das estratégias de melhoria da atenção básica envolve melhorar o Programa de Saúde da Família, por meio da estruturação de suas equipes, organização do seu processo de trabalho e formação adequada dos profissionais. (...) Requer também a existência de serviços de retaguarda, como clínicas especializadas para os casos mais complicados a serem encaminhados pelo PSF e demais serviços básicos (BRASIL, 2007, p.13-14).

Como uma alternativa para mudar o paradigma no campo da saúde, a ESF apresenta-se estruturada na lógica de AB, e seu objetivo é de gerar novas práticas setoriais entre os trabalhos clínicos e promover saúde. Também prioriza o desenvolvimento de processos de trabalho que estabeleçam uma nova afinidade entre os profissionais de saúde e a comunidade. Esses processos devem se manifestar, principalmente, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes e articuladas intersetorialmente (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

No cuidado dispensado à pessoa idosa, a variedade de oferta de serviços amplia as possibilidades de acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações relevantes que esse público apresenta. Para tanto, o SUS tem como estratégia de atenção à saúde a AB, um nível primário em que se estima que 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adstrita devem ser abordadas de maneira resolutiva, através do atendimento por uma equipe multiprofissional (PICCINI et al, 2006).

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante explícita, com avanços consideráveis, sua viabilidade prática ainda é muito insatisfatória. São novas exigências da sociedade para atender à população idosa. Portanto, esse arcabouço legal representa um fato importante para a inclusão do tema na agenda de prioridades do governo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) proclama que o envelhecimento ativo requer a participação contínua do indivíduo nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Uma política para idosos, nessa perspectiva, deve alcançar tanto os indivíduos quanto os grupos populacionais, atender às suas demandas de natureza biológica, psíquica e social e considerar que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo, pois existe a diversidade entre os indivíduos. É preciso ter uma dimensão singular, reconhecer e valorizar as experiências de vida dessa população, criar ambientes de apoio e promover opções saudáveis em todos os estágios da vida de forma integral (OMS; WHO, 2005).

A integralidade da atenção à saúde requer parcerias e ações individuais e coletivas para solucionar problemas. A intersetorialidade e a interdisciplinaridade são mecanismos de que os diversos atores sociais devem se valer para ampliar o acesso aos conhecimentos. É mais uma propedêutica capaz de alcançar o atendimento integral e resolutivo para as demandas do envelhecimento. Os serviços interconectados e os saberes partilhados encerram construções objetivas e subjetivas, individuais e coletivas da universalidade do acesso aos programas e aos serviços. A participação e o controle social da sociedade civil são indispensáveis no processo de criação de políticas públicas e de gestão e estão no rol das estratégias inovadoras e desafiantes para que se tenha uma vida saudável. É na escuta dos coletivos que se avança, principalmente quando se interage com pessoas idosas que têm histórias e experiências singulares. É sob a crítica que se constrói, reavaliam e se desenvolvem estratégias, visando ampliar o protagonismo e a participação social de toda a sociedade, na perspectiva de alcançar um envelhecimento humano digno (BRASIL, 2010).

Quando se fala em acesso a serviços de saúde, esse termo assume um significado amplo, porquanto pode ser entendido como o local de acolhimento do usuário no momento de expor sua necessidade e, de certa forma, os caminhos

percorridos por ele, na tentativa de solucionar o problema (JESUS; ASSIS, 2010). A implementação de políticas públicas para a pessoa idosa é um desafio, tendo em vista a necessidade de transformar a sociedade e o sistema de saúde, porque é importante considerar que, com o avançar da idade, aumentam também outras desigualdades que se associam à raça, à etnia ou ao gênero, o que vai ao encontro de um sistema de saúde equânime (LOUVISON; BARROS, 2009).

A saúde pública e a epidemiologia são focadas em informações objetivas e evidências científicas, para subsidiar as políticas públicas em saúde. A família é apontada pelas políticas públicas como o primeiro núcleo de suporte para os cuidados voltado para os idosos, que vão desde as modalidades mais simples às mais complexas. Entretanto verifica-se que não é preparada para exercer tais funções. Também é necessária uma capacitação específica para os profissionais da área de saúde que cuidam dessa população (CAMACHO; COELHO, 2010).

A responsabilidade de promover um envelhecimento ativo deve ser desenvolvida nas várias instâncias da organização político-administrativa brasileira, em consonância com as diretrizes jurídicas, as políticas nacionais e as particularidades e as demandas regionais e locais. Portanto, as questões relativas ao envelhecimento ativo ganham contornos e singularidades na realidade brasileira e carecem de mais estudos, para que se possam compreender bem mais sua diversidade e as especificidades, as conquistas e os desafios. Assim, reiteram-se os avanços das políticas públicas, embora ainda tenhamos muito a percorrer no cotidiano de nossa realidade, quando se trata do envelhecimento. Inúmeras são as necessidades, sobretudo quando relacionadas às ações públicas e de gestão, na perspectiva da participação dos cidadãos no âmbito do controle social (PEDRO, 2013).

## 2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA

Como uma possível resposta para o desafio de reorientar o modelo de atenção no espaço político-operacional, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que foi marcado por críticas às suas propostas, nos primeiros anos de existência. Porém, no decorrer do tempo, suas inovações, normatizações, modalidades de financiamento e práticas reconfiguradas em saúde disseminadas no país elevaram o programa à categoria de estratégia - uma estratégia de reestruturação da saúde como sistema, a partir da AB (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Em 1998, o PSF passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerado uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. A ESF surgiu como uma política estratégia para promover a organização das ações da atenção básica em saúde nos sistemas municipais de saúde e está inserida no contexto de fortalecimento do SUS, fundamentada social e culturalmente, com vistas a promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, de sua família e das comunidades sociais (SOUSA, 2008).

O processo de implantação do sistema de saúde seguiu com medidas governamentais, direcionadas a potencializar a AB de saúde como um conjugado de ações, com característica individual e coletiva, voltadas para a saúde e a prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação, no que concerne ao primeiro nível de atenção do sistema. A esse nível de atenção da saúde, atribuiu-se a incumbência de ser o primeiro degrau, por meio do qual se estabelece o primeiro contato, a porta de entrada do sistema disponível aos usuários, cujo papel é de garantir assistência na maior parte de suas necessidades, direcionando as demais carências para os níveis complementares de complexidade, secundários e terciários (SCOREL et al., 2007).

Segundo Assunção e Ursine (2008), a porta de entrada para a atenção à saúde na rede pública compreende as Unidades de Saúde da Família, estruturadas com a ESF, cujos principais propósitos são de priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, e reorganizar a prática da atenção básica à saúde com mudanças no modelo tradicional de assistência.

A ESF funciona em Unidades de Saúde da Família e é composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de Enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser incorporados à equipe outros profissionais - um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal (BRASIL, 2011).

Conforme destacam os autores Alves e Aerts (2011), as equipes de saúde da família devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal, através da oferta organizada de serviços, planejando seu processo de trabalho de forma a atender à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde e desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem o serviço de saúde ou não o frequentam.

Uma das principais diretrizes da ASF é o trabalho em equipe. Ela é elevada como um importante aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Para que essa estratégia continue se desenvolvendo em um processo construtivo de novas práticas, os profissionais precisam articular o trabalho em equipe não apenas com novos conhecimentos, mas também com consideráveis mudanças na cultura e no compromisso com a gestão pública, para garantir uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A atual Política Nacional de Atenção Básica preconiza que o cuidado em saúde da população idosa, na área adstrita à ESF, deve ocorrer tanto no âmbito da Unidade de Saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários e que a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações proporciona um atendimento humanizado e viabiliza o estabelecimento de vínculo, que são atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde da família (BRASIL, 2006b).

Oliveira et al (2013) afirmam que o sistema de saúde precisa ser reestruturado para enfrentar os desafios da multimorbidade e do processo de envelhecimento. Para isso, é preciso superar a fragmentação das ações de saúde ainda vigente no Sistema Único de Saúde (SUS) e resgatar o potencial da AB na gestão do cuidado com os idosos e na organização das redes de atenção.

A assistência à pessoa idosa na AB consiste em compreender, elaborar e preparar as suas demandas para que as ações e as intervenções das equipes de saúde da família se tornem eficazes. É imprescindível construir políticas públicas eficientes, no

sentido de reverter indicadores de saúde e de afastar esse público de deficiências ou infuncionalidades (BARROS et al., 2011).

Nas redes de serviços de saúde, a pessoa idosa ainda enfrenta barreiras de acesso aos serviços, que podem ser de ordem física, psicológica, de atitude e financeira e frustrantes para esse público (LOUVISON; BARROS, 2009). Por essa razão, é preciso aumentar a percepção e a consciência do envelhecimento como um fenômeno que se processa em todo o curso da vida e que não diz respeito somente aos mais velhos, mas também a todos os membros de uma sociedade. O investimento individual e coletivo em promoção da saúde ao longo da vida é uma premissa básica para se atingir a velhice com uma carga menor de doença e de incapacidade, melhorar a qualidade de vida na idade avançada e mitigar os custos e o impacto que a longevidade pode acarretar para os indivíduos e a nação (COELHO FILHO, 2013).

Em estudo realizado nas regiões do Sul e do Nordeste, evidenciou-se que o número da população total estimada das Unidades de Saúde da Família (USF), em relação ao número de equipes e de profissionais disponíveis, foi, aproximadamente, duas vezes maior do que o preconizado pela ESF. Mas, apesar disso, revelou-se um mecanismo de indução à equidade na forma de promover o cuidado em saúde para a população idosa, por alcançar as pessoas que mais necessitam (PICCINI et al., 2006).

A OMS assevera que, para se cuidar do idoso, é imprescindível uma abordagem multidimensional, que sejam considerados os determinantes sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais e ambientais da saúde e o acesso a serviços e que a intersetorialidade seja uma estratégia de sustentação a ser adotada. Essas recomendações são elencadas no texto “O Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas” (VERAS, 2009).

Segundo Silva (2012), avaliar a qualidade de vida do idoso requer a adoção de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural. Nessa perspectiva, diversos elementos são apontados como decisivos ou indicadores de bem-estar na velhice, como: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e a continuidade de relações informais com amigos.

A integração de práticas preventivas, educativas e curativas e o contato frequente com o território e a vida cotidiana da população, principalmente dos grupos mais vulneráveis, poderão potencializar e ampliar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos e formar vínculos entre os profissionais e os usuários do serviço, incluindo a pessoa idosa (MARCOLINO et al., 2009; SÁ et al., 2011).

No contexto da Estratégia Saúde da Família, o cuidado com a saúde do idoso possibilita dimensionar um diagnóstico psicossocial importante para o seu atendimento, pois é feito respeitando-se a singularidade do sujeito em seu contexto social e reconhecendo as prováveis necessidades de atenção à saúde que garantam os seus direitos como cidadãos e a sua inclusão na sociedade, além de uma melhor qualidade de vida (FERREIRA et al., 2010).

Apesar da implantação e da implementação da ESF e dos esforços para redimensionar a atuação dos profissionais focada na atenção ao cuidado, verifica-se que o passado ainda deixa um ranço para se superar, pois, segundo Fertoni et al. (2015), na atualidade, ainda há influência do “Modelo Biomédico” na formação profissional, o que também acarreta fragilidades à organização dos serviços e à produção de conhecimentos em saúde. Tal modelo é conceituado pelos serviços, por aliviar a dor e outros tratamentos, com ênfase nas ações curativas e na medicalização e pouca atenção aos determinantes do processo saúde-doença.

## 2.3 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), portaria GM nº 2528, de 19 de outubro de 2006, determinou que a Atenção Básica/Saúde da Família é a referência principal de acesso ao cuidado com a saúde da pessoa idosa. A rede de serviços especializados de média e alta complexidade dará retaguarda complementar caso seja necessário. A capacidade funcional do idoso surge como um novo paradigma, e a caderneta de saúde da pessoa idosa é um relevante instrumento de cidadania, que retrata as singularidades de cada indivíduo e viabiliza as intervenções mais eficazes, ao mesmo tempo em que fornece subsídios para estudos e para o conhecimento mais aprofundado dessa população (BRASIL, 2006a).

A caderneta de saúde da pessoa idosa agrega várias iniciativas cujo objetivo é de qualificar a atenção que dada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS). É uma ferramenta proposta para o bom manejo da saúde da pessoa idosa, a ser utilizada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014a). Sua função primordial é de propiciar um levantamento periódico de determinadas condições de saúde do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir em seu bem-estar. Por ser uma ferramenta com a qual se podem identificar situações de risco para os indivíduos com mais de 60 anos, a caderneta de saúde da pessoa idosa subsidia os profissionais em suas condutas para melhorar o atendimento.

Conforme ratifica o manual de preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa, ela só deve ser preenchida durante a visita domiciliar, ou na unidade de saúde por qualquer profissional da equipe no momento da consulta:

Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz (BRASIL, 2008, p.6).

As informações necessárias ao preenchimento da caderneta devem ser relatadas pelos idosos, seus familiares ou cuidadores, para garantir a veracidade dos dados

colhidos e, posteriormente, elaborar o plano de cuidado em parceria com os profissionais de saúde. Nessa caderneta, podem-se assentar os dados pessoais e sociofamiliares, as condições de saúde e os hábitos de vida. Será dada visibilidade a possíveis situações de risco de adoecimento, que podem nortear ações específicas, além de orientar a pessoa idosa sobre o autocuidado.

De uma maneira geral, o idoso associa a saúde à sua capacidade de adquirir autonomia para executar as competências funcionais, seja perante o seu núcleo familiar seja quando do desenvolvimento de papéis sociais. Quando se considera livre de doença e capaz de agir e interagir com o ambiente, ele encontra-se numa classificação de saúde de boa qualidade; quando não, sua saúde é considerada ruim. Assim, estamos diante de um idoso mais exposto a vulnerabilidades.

É importante identificar as pessoas responsáveis, que são referências no cuidado dispensado ao idoso. A falta de rede de apoio intrafamiliar ou da comunidade é um marcador importante de vulnerabilidade sociofamiliar que requer da equipe de saúde da família mais vigilância.

Na perspectiva de conhecer e acompanhar o estado de saúde dos idosos, outros dados são elencados para ser registrados na caderneta, como a presença de doenças, a ocorrência de internação hospitalar e de quedas, o uso de medicamentos, o controle da pressão arterial, o peso e a glicemia.

O envelhecimento populacional do Brasil poderá trazer algumas preocupações, principalmente relacionadas ao sistema de saúde, porque se sabe que os idosos representam a faixa etária mais exposta a agravos e, portanto, tendem a consumir uma quantidade maior de medicamentos e utilizar os serviços de saúde com mais frequência e de forma mais prolongada (BALDONI; PEREIRA, 2011).

A imunização e a alimentação são importantes determinantes da saúde de uma população. Em se tratando de pessoas idosas, o registro das vacinas traduz o nível de proteção a determinadas doenças, minimiza os adoecimentos e retrata o comprometimento do Estado como agente provedor do bem-estar e da saúde da pessoa idosa. Através da caderneta, é possível constatar alergia a medicamentos e intolerância alimentar ou a agentes ambientais. Por essa razão, é de fundamental importância, principalmente em casos de perda da consciência do idoso, porquanto esses registros sinalizam e demonstram essas particularidades. Portanto, trata-se de um documento que

condensa informações importantes, que podem ser utilizadas, sobretudo, na implementação de políticas públicas voltadas para o pleno atendimento das necessidades de saúde dos idosos, com elementos para o planejamento e a organização de ações de promoção, recuperação e manutenção da saúde.

Com o objetivo de ampliar o conhecimento e instrumentalizar as equipes da AB para o cuidado com a pessoa idosa, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI), em parceria com a FIOCRUZ-RJ e o grupo de especialistas da UFMG, formulou o projeto de revisão e atualização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A nova proposta apresenta alguns diferenciais, como: permite o acompanhamento longitudinal por cinco anos; possibilita a identificação do idoso frágil através do índice de vulnerabilidade clínico-funcional; monitora as condições crônicas de saúde; alerta a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco, entre outros (BASIL, 2014).

A caderneta de saúde da pessoa idosa foi submetida à consulta pública e finalizada em março de 2014. A consulta teve amplo processo de participação de diferentes segmentos da sociedade, com destaque para gestores municipais, estaduais e federais de saúde, profissionais de saúde de níveis médio e superior, além de acadêmicos.

Considerando o ciclo de debates e a produção resultante desse movimento, o Ministério de Saúde respaldou as mudanças e as adaptações para a próxima edição da caderneta, que será entregue em todo o território nacional.

## 2.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Nas relações estabelecidas entre o idoso e o profissional de saúde, inexoravelmente a família e a comunidade representam preciosos elos, cuja construção se traduz em vínculos de corresponsabilização, que são alcançados quando essas interações são fortalecidas. O estudo das representações sociais dos profissionais da área de saúde acerca do envelhecimento amplia a compreensão desse processo natural e fisiológico, é uma ferramenta que pode elucidar aspectos próprios da pessoa idosa e consolidar diretrizes para as práticas de saúde, além de otimizar o cuidado integral, contextual e biopsicossocial dispensado a essa população (MENDES et al., 2012).

O cuidado em saúde - como tudo o que nos possibilita melhorar a qualidade de vida - é essencial para ressignificar as representações sociais que se propagam e, de alguma forma, constituem o elo entre a Ciência e o senso comum (JESUINO, 2012). O conceito de representação social é originário do conceito de representação coletiva da sociologia de Durkheim, embora seja na Psicologia Social que se consolidou como teoria, criada por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet (ARRUDA, 2002).

Assim, a obra *A Psicanálise – sua imagem e seu público* (MOSCOVICI, 1961/2012) segue o caminho de uma teoria científica que penetrou na sociedade, chocou-se com o conhecimento do senso comum e, posteriormente, foi incorporada por ele. De fato, Moscovici interessou-se pela fabricação de um conhecimento popular, a partir da apropriação social de uma teoria científica pela sociedade, e pela difusão desse conhecimento (JODELET, 2001).

Quanto à escolha pela denominação representação social, e não, representação coletiva, Moscovici (2001, p. 61) explica:

(...) a necessidade de fazer da representação uma passarela entre os mundos individual e social, de associá-la em seguida, à perspectiva de uma sociedade em transformação, estimula a modificação em questão. Trata-se de compreender não mais a tradição, mas a inovação; não mais uma vida social já feita, mas uma vida social em via de se fazer... um abandono devido ao fato de que ela (representação coletiva), denota uma estrutura cognitiva específica, e não uma vasta classe de ideias ou de conhecimentos (...) a palavra, coletivo, pode aplicar-se a tudo; logo, não designa nada.

Segundo Moscovici (2013), o processo de construção das representações sociais ocorre a partir de três dimensões: informação, campo de representação ou imagem e atitude. A informação refere-se ao conhecimento acumulado por um grupo sobre determinado objeto social; o campo de representação nos remete à ideia de imagem, ao conteúdo concreto das proposições referentes ao objeto da representação; e atitude ou posicionamento corresponde às orientações favoráveis ou desfavoráveis dos sujeitos em relação ao objeto socialmente representado. Essas três dimensões oferecem uma visão do conteúdo e do sentido das representações sociais.

As representações sociais se estruturam do conhecimento socialmente organizado e compartilhado. Por meio delas, pode-se configurar uma mesma realidade reconhecida por um grupo social, designada como saber de senso comum ou saber natural (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011). Tura e Moreira (2011) referem que as representações sociais expressam as relações entre os acontecimentos sociais e os homens e deles entre si, em uma sociedade específica. Portanto, são resultantes das atividades dos homens que acompanham os fatos históricos e a organização social. A partir delas, a coletividade elabora suas ideias e percepções do mundo que a rodeia. Por ser um produto histórico, varia de uma sociedade para outra, no interior das quais são forjadas e mantidas relações biunívocas com a organização social.

Moscovici (1978, p.44) afirma que *as representações sociais constituem uma das vias de apreensão do mundo concreto, em seus alicerces e em suas consequências*. São consideradas simultaneamente ilusórias, contraditórias, verdadeiras e compreendidas por ele como um norte para analisar as ações sociais e pedagógicas, porquanto simbolizam uma provável realidade das pessoas que as representam.

Em relação à estrutura das representações sociais, o autor (1961/2012) afirma que ela tem duas faces indissociáveis, como uma folha de papel, que tem frente e verso e que corresponderia, respectivamente, à face figurativa e à simbólica. Para cada figura, há um sentido, e para todo sentido, uma figura. Desse modo, existem dois processos formulados por Moscovici que constituem as representações sociais, quais sejam: a objetivação e a ancoragem.

O processo de objetivação é a forma como os elementos da representação se organizam, ou seja, o modo como os conceitos adquirem materialidade e tornam concreto o abstrato. A observação se transforma em realidade percebida. Nesse sentido,

Moscovici (2013, p.71) diz que “objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-os (e adotando assim certa distância a seu respeito). É também transplantar para o nível de observações o que era apenas inferência ou símbolo”.

Para Jodelet (2001), a objetivação se traduz num processo criativo de imagens para respaldar a consistência material das ideias, ou seja, como o conhecimento abstrato se converte em conhecimento cotidiano. Essa autora propõe as seguintes fases da objetivação:

1. A seleção e a descontextualização dos elementos da teoria, que dizem respeito às informações obtidas no campo científico, apropriam-se desses conceitos e os representam de acordo com o seu próprio universo de domínio;
2. A formação de um núcleo figurativo é a parte mais estável da representação, que tem função geradora e organizadora e em que os elementos imaginantes são reproduzidos de forma visível;
3. A naturalização transforma um conceito estranho em familiar e integra os elementos da Ciência na realidade do senso comum com o auxílio do modelo figurativo.

O segundo processo que atua na formação das representações sociais - a ancoragem - pode ser compreendido como o caminho inverso da objetivação. Através da ancoragem, os grupos sociais convertem o objeto social em evidência nos sistemas científicos, em valores e operações originados no contexto social. Moscovici (1961/2012, p.173) afirma que *a ancoragem transforma a ciência em quadro de referência e em rede de significados*.

Segundo Jodelet (2001), a ancoragem diz respeito ao enraizamento social da representação e do seu objeto, no que se refere à sua significação e à sua utilidade. Essa autora apresenta três condições estruturantes do processo de ancoragem: a) a atribuição de sentido – a representação e o enraizamento do objeto dependerão da rede de significações e dos valores que estão articulados e hierarquizados na cultura; b) a instrumentação do saber – concerne à relação existente entre o indivíduo e seu meio, sob o qual a interpretação desse novo objeto será transformada em saber útil, que contribuirá para se compreender o mundo exterior e c) o enraizamento no sistema do

pensamento – no processo de representação, denota-se a existência de ideias pré-existentes, o que permite a coexistência de dois fenômenos na formação de novas representações.

As representações sociais que se configuram na sociedade impactam diretamente no comportamento, nas atitudes e nos modos de agir, porque estabelecem estruturas individuais de conhecimentos que permeiam e orientam os membros de um grupo social, em determinado contexto de tempo e espaço (MOSCOVICI, 2013).

Na atualidade, o estudo do envelhecimento baseado em uma matriz psicossocial deve considerar aspectos sociocognitivos, culturais e biológicos, entre outros, que são constitutivos dos determinantes psicossociais dos indivíduos. Entender essa abordagem e seu alcance é fundamental, visto que interfere diretamente no comportamento das pessoas diante do idoso. O aporte da teoria das representações sociais agrega valor significativo para a compreensão e a ação dos profissionais quando do atendimento a idosos contextualizados socialmente. Nessa perspectiva, será um cuidado dispensado, facilitado e qualificado, seja por ações implementadas ou por melhorias nas práticas profissionais (FERREIRA et al., 2010).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO**

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com uma abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, em que se priorizou investigar como os sujeitos entendem a natureza de uma questão, inserida no projeto ‘Condições de saúde, qualidade de vida e representações sociais de idosos: um estudo comparado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem’.

A abordagem do tipo qualitativa é apropriada para as questões que investigam uma realidade singular, que explica os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultantes da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum. A autora acrescenta que a pesquisa qualitativa se debruça no mundo dos significados e que essa realidade não é visível, precisa ser descoberta, inclusive pelos próprios pesquisados (MINAYO, 2006).

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário V do município de João Pessoa-Paraíba/Brasil, conforme ilustrado na figura 1.

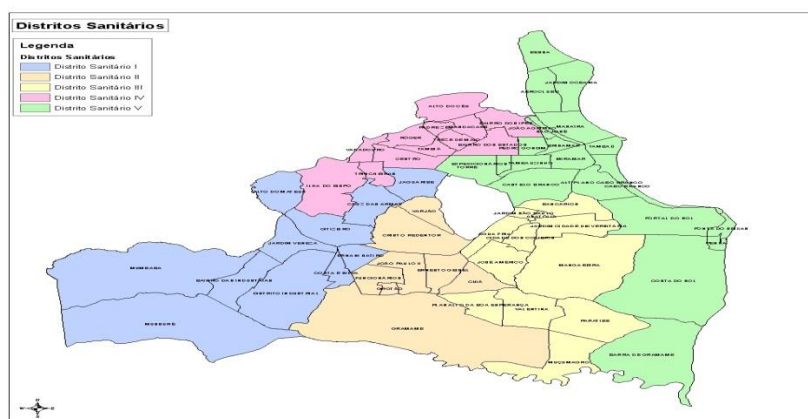


**FIGURA 1** – Divisão administrativo-territorial da rede de serviços de saúde - Município de João Pessoa/PB

**Fonte:** Plano Municipal de Saúde - João Pessoa, 2006.

O referido Distrito tem uma população de 118.136 habitantes, distribuída em 20 bairros. Atualmente, sua rede de atenção é composta de 24 equipes de saúde da família, duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em relação à Estratégia de Saúde da Família, o distrito tem uma cobertura de 39%, com 54.559 pessoas cadastradas em 2014, perfazendo um total de 15.772 famílias cadastradas (BRASIL, 2014b). No período da coleta dos dados, de dezembro de 2014 a abril de 2015, era composto de 18 equipes de saúde da família.

### **3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Participaram do estudo 53 profissionais - 19 enfermeiros, 15 técnicos de Enfermagem e 19 médicos, escolhidos aleatoriamente. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: a condição de trabalhar nas 18 equipes de saúde da família que faziam parte da estratégia de saúde da família do Distrito Sanitário V; aceitar participar da pesquisa; responder ao instrumento de coleta de dados e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão, foram consideradas situações de férias, ausência ou a recusa do profissional em participar da pesquisa.

Em relação às limitações do estudo quanto à amostra, das técnicas de enfermagem, uma recusou participar da pesquisa e duas estavam de férias no período da coleta. Quanto aos médicos, um recusou participar da pesquisa.

### **3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, organizada em duas partes: na primeira, foi contemplada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), com o termo indutor: *Caderneta de saúde da pessoa idosa*, e na

segunda, as questões relacionadas ao uso da caderneta pelos profissionais na AB e os dados sociodemográficos.

A coleta foi feita nas próprias Unidades de Saúde da Família, através do contato inicial e do agendamento com o apoiador da respectiva unidade, no período de dezembro de 2014 a abril de 2015. Inicialmente, foram apresentados os objetivos da pesquisa e feito o convite ao profissional para participar da pesquisa, e posterior aceitação do entrevistado por meio da assinatura do TCLE.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um aparelho com mp3 player, depois do consentimento dos participantes, e transcritas para que as informações fossem analisadas, tendo como referencial teórico as Representações Sociais.

### 3.5 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados coletados pela Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) foram organizados em um corpus formado de 53 evocações e processados com o auxílio do software Iramuteq 0.7 alpha 2, correspondente às 228 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), perfazendo o conjunto textual analisado, responsável pelas imagens ou pelo campo de representação e associado à caderneta de saúde do idoso. A TALP foi desenvolvida por Jung, com o objetivo de diagnosticar a estrutura psicológica dos indivíduos, através das condutas de reações, evocações, escolhas e criação. A técnica traz à tona essa estrutura por meio de um teste projetivo, por meio do qual é possível estimular, tornar observável, registrar e obter a comunicação verbal. Essa é uma técnica interrogativa, fácil de ser compreendida, e cuja aplicação é rápida. Com ela, podem-se colher elementos, através de expressões verbais espontâneas, menos controladas e mais autênticas. É amplamente utilizada nas pesquisas sobre representações sociais (NÓBREGA, 2001).

O material advindo das questões das entrevistas foi analisado utilizando-se a Técnica de Análise de Conteúdo Temática Categorial (BARDIN, 2009), cujos resultados foram interpretados à luz da Teoria das Representações Sociais. Segundo Bardin (2009, p.99), fazer *análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido*

*que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.*

A análise temática segue as seguintes etapas: 1) Pré-análise: a) Leitura flutuante do material para conformar o corpus, formado pelas 53 entrevistas; b) Seleção da técnica a ser aplicada ao corpus - para este estudo, optou-se pela Técnica de Análise de Conteúdo Temática Categórica; c) Seleção das unidades de análise, cuja unidade de contexto eleita foi o parágrafo, e como unidade de registro, a frase; d) Preparação do material; 2) Exploração do material: a) Aplicação da técnica escolhida; b) Registro; c) Codificação; d) Recorte; e) Classificação; f) Processo de categorização indutivo (a posteriori), do qual emergiram **seis categorias**: 1) Ferramenta de cuidado; 2) Instrumento de autonomia para o idoso; 3) Guia de informações sobre saúde; 4) Objeto de trabalho; 5) Modalidade de acompanhamento da saúde do idoso; 6) Suporte de saúde; g) Validação e inferência; h) Tratamento dos dados e interpretação, subsidiados nas representações sociais.

Os dados sociodemográficos foram agrupados com o auxílio do programa informático Excel - 2010 para as variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e tempo de serviço.

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA**

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, com o CEP/HULW nº 261/09 e CAEE 0182.0.126.000-09, e homologado em reunião do colegiado do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em maio de 2014 (ANEXO A).

Foram respeitados os princípios éticos que constam na Resolução 466/2012 e regem as pesquisas que envolvem seres humanos e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A) do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## ***RESULTADOS E DISCUSSÕES***

---

#### 4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Na perspectiva de descrever a amostra, foi traçado o perfil dos sujeitos da pesquisa, visando conhecer suas características no contexto social. O grupo estudado foi constituído de 53 profissionais da área de saúde, com idades entre 23 e 68 anos. A faixa etária que concentrou o maior número de profissionais foi a de 51 a 60 anos, com 28,3%, a maioria (98,1%) pertencente ao sexo feminino.

Observou-se que 60,4% dos profissionais eram casados. Quanto à escolaridade, o estudo mostrou que 52,8% cursaram uma Especialização, e em relação à formação, os profissionais pertenciam a três núcleos específicos: enfermeiros (35,8), médicos (35,8%) e técnicos de Enfermagem (28,4%).

Sobre o tempo de serviço, o maior percentual (24,5%) correspondia ao intervalo de um a dez anos.

Todas essas informações podem ser visualizadas na **Tabela 1** abaixo.

**Tabela 1-** Distribuição dos profissionais segundo as variáveis sociodemográficas

| Variável                | Categoria             | Frequência   |              |
|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------|
|                         |                       | Absoluta (n) | Relativa (%) |
| <b>Sexo</b>             | Masculino             | 1            | 1,9          |
|                         | Feminino              | 52           | 98,1         |
| <b>Idade</b>            | 20 – 30 anos          | 12           | 22,6         |
|                         | 31 – 40 anos          | 10           | 18,9         |
|                         | 41 – 50 anos          | 8            | 15,1         |
|                         | 51 – 60 anos          | 15           | 28,3         |
|                         | +60 anos              | 8            | 15,1         |
| <b>Estado civil</b>     | Solteiro              | 12           | 22,6         |
|                         | Casado                | 32           | 60,4         |
|                         | Divorciado            | 2            | 3,8          |
|                         | Viúvo                 | 7            | 13,2         |
| <b>Escolaridade</b>     | Curso Técnico         | 6            | 11,3         |
|                         | Superior incompleto   | 6            | 11,3         |
|                         | Superior completo     | 11           | 20,8         |
|                         | Especialização        | 28           | 52,8         |
|                         | Mestrado              | 2            | 3,8          |
| <b>Profissão</b>        | Técnico de Enfermagem | 15           | 28,4         |
|                         | Enfermeiro            | 19           | 35,8         |
|                         | Médico                | 19           | 35,8         |
| <b>Tempo de Serviço</b> | Menos de um ano       | 6            | 11,3         |
|                         | Um a 10 anos          | 13           | 24,5         |
|                         | 11 a 20 anos          | 12           | 22,6         |
|                         | 21 a 30 anos          | 11           | 20,8         |
|                         | + de 30 anos          | 11           | 20,8         |
| <b>Total</b>            |                       | 53           | 100          |

Fonte: Pesquisa direta - Coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família

No que se refere à categoria sexo, observa-se o predomínio de mulheres atuando nas USF. Isso confirma que há uma tendência à feminilização das equipes, conforme aponta o estudo realizado por Mendes et al. (2012) sobre as representações sociais dos trabalhadores da atenção básica relacionadas ao envelhecimento, o qual evidenciou a supremacia da força de trabalho feminina na ESF.

A distribuição dos participantes segundo a idade varia de 23 a 68 anos, com predomínio da faixa etária dos 51 aos 60 anos. Esses dados vão ao encontro do estudo realizado por Costa et al. (2013), que abordaram a formação dos recursos humanos na estratégia de saúde da família, enfatizando a categoria faixa etária, com destaque para a inserção de profissionais na ESF, tanto no início da carreira quanto num período mais longo da vida profissional.

Em relação ao estado civil, 60,4% dos profissionais eram casados. Esses dados se assemelham aos encontrados no estudo realizado por Zanetti et al. (2010), que identificaram (70,8%) dos profissionais casados, configurando um aumento no número de tarefas e responsabilidades em seu cotidiano.

No que diz respeito à formação para o trabalho nas ESF, o estudo mostrou que 52,8% dos profissionais com nível superior têm especialização na área de saúde pública. A realidade identificada no presente estudo diverge dos achados relativos aos profissionais com ensino superior encontrados na pesquisa feita em Montes Claros sobre a caracterização sociodemográfica dos trabalhadores da ESF, em que, no tocante à qualificação para o trabalho, foi constatado que apenas 19,9% dos profissionais haviam cursado uma pós-graduação (FONSECA et al., 2014).

Em relação ao tempo de permanência no serviço, constatou-se que os profissionais (24,5%) atuavam na estratégia de saúde da família por um período de um a dez anos. Esses dados diferem dos encontrados no estudo realizado por Pinto et al (2010), em que foi constatado que o tempo de permanência dos profissionais, desde a contratação, era de 48 meses, em média, o que aponta para uma rotatividade significativa desses profissionais no âmbito da atenção básica.

## 4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Este estudo, embasado nas dimensões das representações sociais (conhecimento ou informação, atitude ou posicionamento e imagens ou campo de representação), visa aprofundar os conteúdos e os sentidos das falas dos profissionais de saúde da família relacionados à caderneta de saúde da pessoa idosa.

O corpus submetido à técnica de análise de conteúdo apontou seis categorias que serão analisadas centradas nas dimensões das representações sociais.

### 4.2.1. DIMENSÃO - INFORMAÇÕES OU CONHECIMENTOS

Nessa dimensão, são abordados os conteúdos sobre a caderneta de saúde do idoso, definidos em seis categorias no Quadro1.

**Quadro 1- Descrições das categorias a partir da Análise de Conteúdo centrada nas falas dos profissionais acerca da caderneta de saúde da pessoa idosa**

| CATEGORIAS                                                   | DESCRIÇÕES                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Categoria 1:</b><br>Ferramenta de cuidado                 | Contempla as unidades de análise sobre a relevância da caderneta como ferramenta de cuidado com o idoso na ESF.       |
| <b>Categoria 2:</b><br>Instrumento de autonomia para o idoso | Compreende as unidades de análise sobre a importância da caderneta como instrumento de autonomia para o idoso.        |
| <b>Categoria 3:</b><br>Guia de informações sobre a saúde     | Corresponde às unidades de análise referentes ao uso da caderneta como um guia de informações sobre a saúde do idoso. |

|                                                                    |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Categoria 4:</b><br>Objeto de trabalho                          | Aborda as unidades de análise em que a caderneta se configura como um objeto de trabalho.                             |
| <b>Categoria 5:</b><br>Recurso de acompanhamento da saúde do idoso | Ressalta as unidades de análise relacionadas ao uso da caderneta como um recurso de acompanhamento da saúde do idoso. |
| <b>Categoria 6:</b><br>Suporte de saúde                            | Destaca as unidades de análise em que os profissionais expressam o significado da caderneta como um suporte de saúde. |

Fonte: Pesquisa do autor - 2015

### **Categoria 1: Ferramenta de cuidado**

Para operacionalizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, consideram-se dois grandes grupos populacionais: a) o de idosos independentes e b) o de idosos frágeis ou em processo de fragilização. Os primeiros são aquelas pessoas idosas que, mesmo sendo portadoras de alguma doença (as mais comuns são hipertensão arterial e diabetes), mantêm-se ativas no ambiente familiar e no meio social. Por outro lado, as pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização são as que, por qualquer razão, apresentam determinadas condições que podem ser identificadas pelos profissionais da área de saúde. O objetivo da caderneta é de identificar esse último grupo, para que sejam priorizadas as ações de recuperação, de promoção e de atenção e evitar que o quadro apresentado piore (BRASIL, 2014a).

Os profissionais representam a caderneta de saúde da pessoa idosa como uma ferramenta de cuidado. Esse conceito remete a uma concepção humanística e dialógica, que estabelece que o movimento das práticas de saúde é um estar lançado no mundo para si e para o outro (AYRES, 2004). Os relatos abaixo confirmam essa assertiva:

*[...] é de grande importância que o idoso esteja com a caderneta do idoso no momento do seu atendimento, porque se verifica o histórico*

*anterior, como está, se as avaliações anteriores estão corretas, a pressão arterial, podendo às vezes oscilar, tanto a glicemia, como da pressão arterial [...] como se fosse um espelho, para que possamos cuidar da saúde deles [...] Se o idoso traz a caderneta devidamente preenchida com todos os dados, vamos ter uma noção de que aquele paciente está sendo acompanhado, ou é um paciente que nunca vai para consultas regulares, com isso temos uma noção da saúde daquele paciente naquele momento. Apesar de que a maioria esquece [...] (Profissionais: 05; 12; 14; entre outros).*

Ficou evidente a importância da caderneta para efetivar o cuidado que deve ser dispensado ao idoso, através da escuta qualificada e do registro das informações obtidas durante o encontro entre o profissional e o usuário, o que permite o monitoramento periódico das condições de saúde. Os profissionais também revelam que, antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e que sua função é de identificar esses sinais, para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, e a vida dessas pessoas possa melhorar.

Os depoimentos dos profissionais convergem com esta afirmação de Dantas (2015), mencionada em sua dissertação “Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no Olhar de Idosos Atendidos na Estratégia da Saúde da Família”, de que os idosos associam a caderneta como um suporte para o atendimento realizado pelos profissionais, especialmente para auxiliar a prevenir doenças. Esse é um fator considerado importante pelos idosos.

Mendes et al. (2011) concordam com esse pensamento, quando afirmam que a caderneta de saúde da pessoa idosa é uma ferramenta utilizada para condensar os dados e os registros mais importantes acerca de sua saúde, tanto para ela quanto para os profissionais de saúde. Especifica que foi um instrumento lançado pelo Ministério da Saúde, com o intuito de disponibilizar e difundir todas as informações mais relevantes do idoso, facilitar a abordagem e enfrentar as doenças mais prevalentes nessa população. Enquanto países europeus, como a Itália, a Dinamarca, a Alemanha e a Holanda adotaram outras estratégias para viabilizar o cuidado com o idoso, o Brasil apresentou a caderneta como propedêutica para o cuidado integral.

## **Categoria 2: Instrumento de autonomia para o idoso**

As concepções expressas pelos profissionais de saúde consideraram a caderneta de saúde da pessoa idosa como um instrumento de autonomia para essa população, como apontam alguns conteúdos representativos:

*[...] são dados importantes, para o idoso, para a família e para eventuais necessidades [...] porque tem muitas instruções, assim como fala que o idoso deve sempre verificar a pressão arterial, a glicemia, fazendo um controle diário [...] é um instrumento que serve de orientação para eles mesmos, muitos sabem ler e identificam muitos problemas relacionados a eles. Eles conseguem aprender lendo os registros naquela caderneta do idoso [...] tem algumas orientações para pacientes hipertensos e diabéticos, tem também o acompanhamento, eles têm que vim aqui para registrar a pressão arterial, a glicemia, e fazer o acompanhamento clínico, principalmente de hipertenso e diabético [...]* (Profissionais: 2; 9; 28; 45).

As falas dos profissionais também deixam bem claro que a caderneta é sobremaneira relevante, porque, por meio dela, o idoso pode ter acesso às orientações necessárias para que acompanhe seu estado de saúde e adote práticas de vida saudáveis, que lhes proporcionem autonomia e independência.

De acordo com o estudo de Dantas (2015), o grupo de idosos entrevistados representou a caderneta como um instrumento de orientação, ou seja, por conter recomendações importantes sobre suas condições de saúde e possibilitar o aprendizado e a autonomia. Essa representação está relacionada positivamente às concepções expressas pelos profissionais entrevistados nesta pesquisa.

Nesse sentido, os depoimentos convergem para um estudo desenvolvido na Universidade Estadual Paulista, que investigou as representações sociais dos conceitos “diabetes” e “pé diabético” entre diabéticos, não diabéticos e profissionais da área da saúde, e identificou, no relato dos usuários entrevistados, evocações relacionadas à importância da atividade física no tratamento da diabetes, com vistas a beneficiá-la. O estudo concluiu que a conscientização dessa população em relação a sua situação de saúde favorece a manutenção de sua capacidade física e funcional (MANTOVANI et al., 2013).

Considerando o estudo de Carvalhêdo et al. (2015) sobre o acolhimento ao idoso e a sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Primária, a caderneta de saúde da pessoa idosa se mostrou um instrumento adequado para se implementar a sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária, no que se refere às intervenções propostas que versaram sobre a prática de atividade física, a redução do tabagismo, a melhora da interação social, o controle do uso de medicamentos, a avaliação/orientação dietética e o controle pressórico e glicêmico, que contribuem para a promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas.

Contudo, é possível observar relatos de alguns profissionais de saúde com conteúdos negativos em relação ao uso da caderneta para esse fim, em que eles revelam a carência de cuidados e de atenção destinados aos idosos durante o atendimento, como demonstram estes recortes temáticos:

*[...] infelizmente, o idoso nem sempre usa porque ele não tem a informação. Às vezes, o profissional não tem o cuidado de orientar direito aquele idoso para falar da importância da caderneta do idoso, para andar sempre com aquela caderneta do idoso na bolsa. Então, eles pensam que é uma coisa para ser utilizado apenas uma vez por semana quando vai à unidade de saúde, ou uma vez por mês quando vai pegar a medicação, e a importância da caderneta do idoso vai muito além [...] mas, vemos que o próprio idoso não tem consciência da importância da sua caderneta do idoso, porque por diversas vezes pedimos a caderneta do idoso e ele deixou em casa, ele trouxe os outros documentos, mas a caderneta do idoso deixou em casa [...] (Profissionais: 44; 48; 51; entre outros).*

Tais concepções influenciam atitudes e reforçam a ideia de que existem fragilidades no processo de trabalho dos profissionais da ESF, o que pode estar relacionado à pouca qualificação profissional para reconhecer as necessidades desse grupo e contradiz a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que estabelece que, na atenção à saúde dessa população, devem ser incorporados mecanismos que sejam empregados para melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa, com o envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes da saúde da família (BRASIL, 2006b).

### **Categoria 3: Guia de informações sobre a saúde do idoso**

Em seus depoimentos, os profissionais destacaram o leque de informações que são contempladas na caderneta de saúde da pessoa idosa e afirmaram que esse é um instrumento completo, por conter informações valiosas para o acompanhamento dessa população. Ressaltam ainda, a importância desse conteúdo para a apreensão de conhecimentos reais sobre a saúde do idoso e as particularidades desse encontro:

*[...] a caderneta do idoso preconizada pelo ministério da saúde identifica o idoso, identifica as condições que o idoso vive, identifica as pessoas que cuidam do idoso, identifica a situação de saúde do idoso, as doenças que o idoso tem e as medicações que ele toma, o acompanhamento da pressão arterial e glicemia, se o idoso for diabético, peso, vacina e dá algumas outras orientações. Ela é completa [...] é importante como um espelho da saúde, porque tem umas informações bem particulares dos idosos, sobre alérgica a alguma medicação [...] qual é o medicamento que o idoso está usando, qual é a doença que ele é portador, qual é o medicamento que o idoso tem alergia e não pode usar, está anotado. O local para anotar o peso, a pressão arterial e a glicemia. É rica em informações [...] é onde estão todas as informações pessoais dele, de estado clínico, então tem muito valor a caderneta do idoso. É um resumo das coisas mais importantes, porque tem os antecedentes clínicos que podemos colocar [...] e a equipe de saúde pode ainda articular e assim, preencher de outras formas também, acrescentando dados considerados relevantes [...] (Profissionais 1; 12; 33; 44; entre outros).*

Em suas evocações, os sujeitos referem que a caderneta é um guia de informações importantes sobre as condições de saúde do idoso, que auxiliam os profissionais de saúde no cotidiano dos serviços, visando melhorar a vida das pessoas que envelhecem.

Durante o 12º Congresso Brasileiro de Medicina, Família e Comunidade, em Belém, a caderneta de saúde da pessoa idosa foi apresentada como uma ferramenta de gestão nas Equipes de Saúde da Família. Seu uso foi comparado com um mini prontuário, que contém os principais registros de saúde dos idosos, que não só facilitam o suporte do atendimento para essa população, como também promove a alimentação de dados do sistema de informação do Ministério da Saúde e potencializa novas ações e

metas estratégicas, destinadas para esse grupo populacional (BORGES et al, 2013). Essa amplitude é verificada no estudo de Ferreira (2010) sobre a implantação e o monitoramento da caderneta de saúde da pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família, o qual aponta a CSPI como uma proposta que veio contribuir para a produção de informação de boa qualidade, na perspectiva de oferecer ao idoso um cuidado integral.

No trabalho de Dantas (2015), os idosos mencionaram a importância da caderneta por contemplar vários tipos de informações, que funcionam como um alerta para sua saúde. Nesse sentido, indica uma aproximação real com as representações sociais construídas pelos profissionais sobre a caderneta como um construto de informações.

#### **Categoria 4: Objeto de trabalho**

Segundo o discurso dos profissionais que participaram da pesquisa, a caderneta de saúde da pessoa idosa é fundamental para o estabelecimento de um plano assistencial que atenda às necessidades do usuário idoso, o que se configura como um eixo norteador para o processo de trabalho na ocasião do atendimento, seja ele de rotina ou de emergência.

*[...] nela a gente tem o controle de como está o dia a dia dele, de se toda vez que ele vem para a unidade de saúde, se ele está mantendo essa pressão controlada, se ele está mantendo as orientações que foram feitas, para o hipertenso e para o diabético principalmente, e dos outros idosos com as morbidades que existem acima dos 60 anos, e não só de hipertenso e diabético, porque tem idoso que não é hipertenso. Serve para planejar ações [...] quando aconteceu de um idoso que chegou a desmaiar, vimos que era hipertenso, a diabete era alta, então tudo isso ajudou a planejar a intervenção naquele momento [...] nos ajuda a ter um norte para o atendimento ao idoso [...] (Profissionais: 2; 18; 36; entre outros).*

Podemos inferir, com base nos depoimentos dos profissionais, que houve impacto positivo do conteúdo registrado na caderneta para o direcionamento de ações que visem a um envelhecimento ativo e saudável.

Silva et al. (2015) apresentam uma revisão de literatura como substrato para a criação de um novo instrumento de avaliação médica ampliada, para aplicar nas consultas médicas em pacientes idosos na atenção básica. Neste estudo, a caderneta da pessoa idosa foi apontada como uma ferramenta de articulação entre os profissionais da atenção básica e os idosos, que pode viabilizar a identificação das vulnerabilidades clínico-funcionais, monitorar as doenças crônicas e alertar sobre as medicações que são, potencialmente, de risco para idosos, alcançando as especificidades e as intercorrências na saúde dessa população.

Como enfatiza o estudo de Dantas (2015), os depoimentos dos idosos consideraram a caderneta um instrumento facilitador para o profissional de saúde, porquanto, por meio dela, os profissionais podem saber sobre sua condição de saúde e desenvolver as ações de forma resolutiva. Nota-se, portanto, que as representações da caderneta pelos idosos vão ao encontro das representações dos profissionais de saúde que a consideram como um recurso emblemático no cotidiano dos serviços.

### **Categoria 5: Recurso de acompanhamento da saúde do idoso**

Os profissionais se referem à caderneta como um recurso de acompanhamento da saúde do idoso, por possibilitar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, minimizando riscos e agravos, e isso contribui para estruturar a atenção à pessoa idosa, como mostram estes depoimentos:

*[...] utilizo a caderneta do idoso geralmente para acompanhar o medicamento do paciente. Geralmente o idoso chega, fazemos a caderneta do idoso dele. Vemos quantos medicamentos foi dado, para nunca faltar a medicação e também para ele ter uma orientação [...] e para nós profissionais é uma forma de acompanhamento para saber que medicamento ele está usando, algumas alterações feitas. É uma forma de ajudar a todos os profissionais verem o que está fazendo uso, e ele também ao ler e saber alguma coisa sobre a saúde dele [...]*

*resumindo, a caderneta do idoso ajuda a planejar as intervenções, planejar uma coisa melhor para o idoso [...] a caderneta do idoso como guia da saúde é importante para o acompanhamento do idoso, para saber se ele está vindo, para fazer o acompanhamento, fazendo ações sempre em parceria com pessoas dos grupos de idosos, um nutricionista dá uma palestra, outro fala de outro assunto [...] (Profissionais: 28; 32; 37; 42, entre outros).*

No município de Caririaçu (CE), a caderneta de saúde do idoso foi adotada para monitorar sua população idosa, com a finalidade de humanizar as ações e qualificar o atendimento em saúde durante o ano de 2008. Todas as Equipes de Saúde da Família vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde receberam exemplares para serem utilizados pelos profissionais da área de saúde. Constatou-se que os enfermeiros lideram o manejo e a utilização desse instrumento. Apesar de não ter sido citado especificamente, esse manejo é verificado quando os próprios profissionais afirmam em suas falas que os idosos que aderem ao uso nos serviços têm a caderneta como um documento de referência pessoal e de saúde (BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 2011).

Na pesquisa realizada por Dantas (2015), os discursos dos idosos representam a caderneta como sendo um tipo de acompanhamento diferenciado das suas condições de saúde, que possibilita mais dedicação dos profissionais durante o curso do atendimento. Nota-se, portanto, que as representações da caderneta pelos idosos da referida pesquisa vão ao encontro das representações dos profissionais do presente estudo, que consideram a caderneta como um elemento fundamental para o acompanhamento adequado da saúde do idoso.

### **Categoria 6: Suporte de saúde**

No conteúdo das falas dos profissionais, a caderneta é representada como um suporte de saúde tanto para os idosos quanto para os próprios profissionais de saúde, no sentido de melhorar a assistência e proteger bem mais os idosos:

*[...] porque na caderneta do idoso registra o quadro de consultas, retorno de vinda á unidade de saúde, de ver essa pressão arterial, de*

*repente ele passa mal no meio da rua e se está com sua caderneta do idoso já sabe que é um diabético, se realmente vem com essa pressão arterial controlada ou se não vem [...] é muito importante para saber se realmente o idoso tem a caderneta do idoso, na questão de segurança, nesse controle de identificar os locais, como ônibus, transporte. É importante que o idoso sempre traga a caderneta do idoso [...] a caderneta do idoso serve também para nos sentirmos mais seguros no momento de uma mudança de tratamento[...] (Profissionais: 2; 13; 19; 38; entre outros).*

Santos e Albuquerque (2013), avaliando as ações e os serviços disponíveis para idosos que são atendidos na atenção primária, no município de Campina Grande – PB, apontam que a caderneta do idoso revela para os profissionais e os idosos os fatores de riscos individuais e potencializa os cuidados preventivos, curativos ou de recuperação dessa população. Ressaltam que, ciente das suas necessidades, buscam melhorar a qualidade de vida. Esse estudo revelou, ainda, que 76% dos profissionais envolvidos elencaram como atribuição dos profissionais das Unidades de Saúde da Família o preenchimento, a entrega e a atualização da caderneta do idoso, que é um instrumento de segurança para os envolvidos no processo do cuidado.

Vale ressaltar que, no estudo de Dantas (2015), os idosos representam a caderneta como um instrumento de segurança, que revela um sentimento de conforto para aqueles que a utilizam e funciona como um documento de identificação, isto é, um instrumento de cidadania.

#### **4.2.2 DIMENSÃO - POSICIONAMENTO OU ATITUDE**

Os profissionais de saúde se posicionaram sobre o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa de maneira favorável, ou seja, 86,8% afirmaram que a utilizam, 3,8% disseram não conhecer, e 9,6% afirmaram que têm acesso, mas não a utilizam, conforme demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2 - Posicionamento dos profissionais sobre o uso da caderneta de saúde - João Pessoa/2015**

| Posicionamento do profissional | Frequência   |              |
|--------------------------------|--------------|--------------|
|                                | Absoluta (n) | Relativa (%) |
| Utiliza                        | 46           | 86,8         |
| Desconhece                     | 2            | 3,8          |
| Possui, mas não utiliza.       | 5            | 9,4          |
| Total                          | 53           | 100          |

**Fonte: Pesquisa do autor, 2015.**

Os profissionais que afirmaram utilizar a caderneta de saúde da pessoa idosa estavam inseridos nas unidades de saúde onde as cadernetas eram solicitadas no momento do atendimento. Isso evidencia a importância da utilização da caderneta como um instrumento que subsidia o processo de trabalho dos profissionais no cuidado com os idosos. Para os que disseram que não conhecem a caderneta, ficou demonstrado o total desconhecimento acerca do instrumento. Quanto aos que disseram ter acesso a ela, mas não a utilizavam, conclui-se que não compreendiam a importância de sua utilização no processo de trabalho.

#### **4.2.3 DIMENSÃO – IMAGENS OU CAMPO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

A análise do corpus definido a partir dos dados obtidos por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e processado com o auxílio do software Iramuteq Versão 0.7, com um aproveitamento de 82,27% do material analisado, definiu as imagens que os profissionais associaram à caderneta de saúde da pessoa idosa.

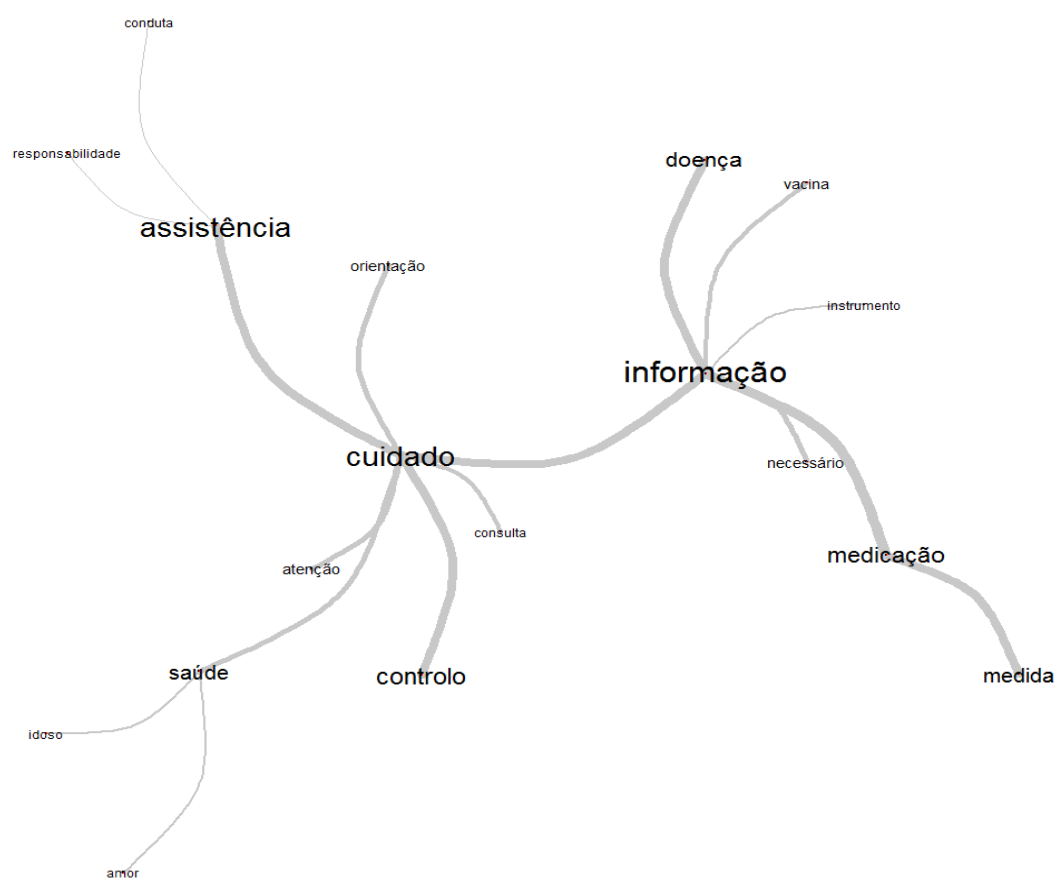


**FIGURA 1** – Processo de objetivação da Caderneta, segundo os sujeitos do estudo. **Fonte:** Iramuteq, 2015.

A figura 2 apresenta os principais eixos de associação relacionados às palavras mais evocadas pelos profissionais de saúde: informação, cuidado e assistência. Observa-se que há uma relação intrínseca entre informação e cuidado e assistência e cuidado, que evidencia as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a caderneta como uma fonte de informação, que permite promover cuidado na assistência ao idoso.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como já referido, o objetivo deste estudo foi de identificar as representações sociais sobre a caderneta de saúde da pessoa idosa, elaboradas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, em que se evidenciaram conteúdos positivos e negativos sobre a importância da caderneta como ferramenta de cuidado com a saúde do idoso. No grupo estudado, predominou o sexo feminino (98,1%), e a faixa etária que concentrou o maior número de profissionais foi a de 51 a 60 anos, com 28,3%, a maioria composta de casados (60,4%). Quando perguntados sobre se usavam a caderneta da pessoa idosa, 86,8% dos entrevistados responderam que sim, 3,8%, que não a conhecem e 9,4% disseram ter acesso à caderneta, mas não a utilizam.

Assim, os profissionais representaram a caderneta com conteúdos predominantemente positivos, associaram-na a imagens positivas e se posicionaram de forma favorável ao uso dela, por contemplar informações valiosas a serem consideradas na atenção à saúde da pessoa idosa, de modo a consolidar políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado visando a um envelhecimento ativo e saudável.

Ressalte-se, porém, que também houve conteúdos representacionais negativos, em que os profissionais mostraram que têm dificuldades de aderir ao uso da caderneta no atendimento à pessoa idosa, como um instrumento que as possibilita ter acesso às orientações necessárias para o acompanhamento de suas condições de saúde, o que sugere a necessidade de ressignificar o processo de envelhecimento na atenção básica, na perspectiva de melhorar a qualidade das ações ofertadas.

Com a revelação das representações sociais dos profissionais, foi possível dimensionar o grau de importância do instrumento no cotidiano daqueles que atuam na realidade da atenção básica, compreender as razões dos que não contemplam essa possibilidade de prática e suscitar avanços para inovar práticas de cuidado com o idoso e promover capacitações/qualificações fundamentadas nos significados envolvidos nessas representações.

Por se tratar de um tema de relevância social e acadêmica, espera-se que esse estudo possa contribuir para propor discussões focadas em ampliar a adesão ao uso da caderneta nos serviços de saúde, por ocasião do atendimento ao idoso, assim como para criar novas estratégias para fazer frente às fragilidades do processo de trabalho instituído nesses locais.

Essas representações sociais poderão dimensionar ações mais efetivas relacionadas à adesão à caderneta no cuidado voltado para o idoso, como um instrumento de trabalho importante na prática profissional que possibilita um atendimento singular contextualizado na atenção básica.

As limitações da presente investigação podem ser sanadas em pesquisas futuras sobre o cuidado dispensado à saúde da pessoa idosa, especialmente no que concerne ao tamanho da amostra, que deve ser realizado em todas as Unidades de Saúde da Família, para que se possa conhecer o que pensam os profissionais de saúde sobre o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Os conhecimentos adquiridos no cotidiano, partilhados e construídos na vivência da interação entre as pessoas, influencia os sistemas de comportamento e as ações relacionadas aos cuidados com a saúde e a busca do bem-estar (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014). Nesse sentido, espera-se ter contribuído com os resultados desta pesquisa.

## **REFERÊNCIAS**

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319- 325, 2011.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev.baiana saúde pública**, v. 31, Supl.1, p. 20-31, 2007.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 869-875, 2011.

ARRUDA, A. **Teoria das representações sociais e as teorias de gênero**. Cadernos de Pesquisa. Rio de Janeiro, n. 117, 2002.

ARRUDA, A.; MOREIRA, A.S.P. **Olhares sobre o contemporâneo: representações sociais de exclusão, gênero e meio ambiente**. João Pessoa: Editora Universitária, 2004.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, Supl. 2, 2008.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p.16-29, 2004.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços**. Washington: Banco Mundial; 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BALDONI, A.O.; PEREIRA, L.R.L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde, sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 32, n. 3, p. 313-321, 2011.

BARROS, T.B.; MAIA, E.R., PAGLIUCA, L.M.F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev Rene**, v. 12, n. 4, p.732-741, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a. Disponível em: < [http://dtr2004.saude.gov.br/sus/deaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/sus/deaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. v.04. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o pacto pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**. Brasília: Ministério Saúde, 2008. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <  
[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=10187](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=10187)>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.** Altera a portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027\\_25\\_08\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html). Acesso em: 23 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso: 23 out. 2015.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Base de Dados Municipal, 2014b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil.** Disponível em: [http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/Dados\\_sobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf](http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/Dados_sobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf). Acesso em: 10 dez. 2015.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. bras. enferm.** [online]. v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200017>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CAMARGO, B.V; BOUSFIELD, A.B.S. Em direção a um modelo explicativo da relação entre representações sociais e práticas relativas à saúde: a ideia de adesão representacional. In: CHAMON, E.M.Q.O. et al. (Orgs.). **Textos e debates em representação social.** Porto Alegre: ABRAPSO, 2014.

CARVALHÊDO, F.G. et al. Acolhimento ao idoso e sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária. **Rev Enferm UFPE on line**. v. 9, n. 1, p. 143-148, 2015.

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

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

COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.

DANTAS, K.M.V.P. **Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar dos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família**. 2015. 56f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciência da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, 2015.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 533-534, 2006.

ESCOREL, 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**, v. 21, n. 2, 2007.

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

FERREIRA, O. G. L.; et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v.15, n. 3, 2010.

FERREIRA, M. G. S. **Implantação e monitoramento da caderneta de saúde da pessoa idosa na estratégia de saúde da família**: a experiência da área programática do município do Rio de Janeiro. 2010. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

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.1869-1878, 2015.

FONSECA, F.F. et al. Caracterização sociodemográfica e ocupacional de trabalhadores da estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 05, n.esp., p. 2465-78, 2014.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico: 2010**. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/censo/default.php>>. Acesso em: 13 Dez. 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Texto para discussão**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro, 2013.

JESUS, W.L.A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão Sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JESUINO, J. C. Imagens da velhice. In.: TURA, L. F. R; SILVA, A. O. (Orgs). **Envelhecimento e representações sociais**. Rio de Janeiro: Quartet; Faperj, 2012.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.

LOUVISON, M. C. P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**; BIS 47/abril, 2009.

MANTOVANI, A M. et al. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2427-2435, 2013.

MARCOLINO, A.B.L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 12, n. 2, 2009.

MENDES, T.A.B. et al, Diabetes: prevalência, práticas de controle e uso de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p.1233-1243, 2011.

MENDES, C.K.T.T. et al. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n.3, p. 148-155, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9º ed. revisada e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOSCOVICI, S. **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. 1ªed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Das representações coletivas às representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2013.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. (org). **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. P. 55-87.

OLIVEIRA, E. B. et al. 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. 264-73, 2013.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do envelhecimento Ativo. **Revista Kairós Gerontologia**, v.5, n.16, p. 09-32, 2013.

PICCINI, R.X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PINTO, E.S.G. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da Enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, v. 16, n. 3, 2007.

SÁ, L.D. et al. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in family health. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 19, n. 2, p.387-395, 2011.

SANTOS, D.A.; ALBUQUERQUE, A.C.L. Ações e serviços oferecidos aos idosos atendidos pela atenção primária no município de Campina Grande – PB. **Rev Enferm em Foco**, v. 4, n. 34, p. 146-149, 2013.

SILVA, S. E. D. da; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p.947-951, 2011.

SILVA, L.M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 109-115, 2012.

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

SILVA, T.C. et al. Instrumento de Avaliação Médica Ampliada para aplicação em consultas médicas a pacientes idosos na atenção básica. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 5, n. 1, p. 13-22, 2015.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

TURA, L.F.R.; MOREIRA, A.S.P. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005.

VERAS, R. P.; Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R.P.; Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VERAS, R.P. et al. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n.4, p.1189-1213, 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005.

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.

ZANETTI, T.G.et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010.

ZANON, R.R. et al. Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira. **Rev Bras de Estud de Popul.**, v.30, p.45-67, 2013.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Esta pesquisa intitula-se “Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no Olhar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família” e será realizada com profissionais da saúde vinculados à Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Ela vem sendo desenvolvida sob a orientação da Profª Drª Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

O estudo tem como objetivo geral conhecer as representações sociais elaboradas pelos profissionais da atenção básica sobre a utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa e se justifica pela necessidade de investigar as dificuldades dos profissionais de saúde para a implantação desse instrumento, que objetiva garantir o desenvolvimento de ações que visem ao atendimento integral à saúde da pessoa idosa.

Para viabilizar a investigação proposta, solicitamos sua valiosa colaboração, para responder aos instrumentos propostos pela pesquisadora (técnica de livre associação de palavras e entrevista semiestruturada gravada em aparelho mp3). Informamos que sua participação no estudo é voluntária, portanto, você não é obrigado/a a dar informações nem a colaborar com os procedimentos requeridos.

No tocante aos prováveis riscos da pesquisa, poderão estar relacionados ao desconforto que você poderá sentir devido ao fato de estar sendo entrevistado, de compartilhar com o entrevistador informações pessoais ou confidenciais e de, quando solicitado/a, falar a respeito de tópicos da temática para os quais não se sinta devidamente preparado/a. Considerando-se os benefícios do estudo, ressaltamos que seus resultados poderão contribuir para evidenciar a relação existente entre a utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa pelos profissionais e o atendimento que lhe é direcionado, a partir das representações sociais elaboradas pelos profissionais de saúde. Além disso, o estudo poderá suscitar o interesse de pesquisadores, no âmbito da Academia, para a realização de novos estudos, com vistas a aprofundar o conhecimento acerca dessa temática.

Caso resolva não participar do estudo ou desistir dele em quaisquer de suas fases, você não sofrerá prejuízo. Nessa oportunidade, seu nome e os dados confidenciais que possam identificá-lo/a serão mantidos no anonimato. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer fase da investigação proposta.

Diante dos esclarecimentos apresentados, aceito participar do estudo proposto e autorizo a divulgação dos resultados por meio de eventos e periódicos da área. Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado/a e concordo em participar, como voluntário/a, do projeto de pesquisa referido.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da pesquisadora

---

Assinatura do/a participante

- Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - Centro de Ciências da Saúde (CSS): Universidade Federal da Paraíba – Campus I, Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares, sala 812, 1º andar, CCS. Fone: 83 3216 -7791

- Contato com a pesquisadora responsável: Profª. Drª. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), Universidade Federal da Paraíba – CSS, Cidade Universitária – João Pessoa, PB CEP: 58059-900 Fone: (83) 3216-7248.

**APÊNDICE B - TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS****TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

1. Diga cinco palavras que vêm a sua cabeça quando digo a palavra:

**CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

---

---

---

---

---

**Agora escolha a palavra que você considera mais importante.**

## APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA E DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 – Você utiliza a caderneta de saúde da pessoa idosa? Se negativo, por quê?
- 2 – Fale sobre a caderneta de saúde da pessoa idosa preconizada pelo Ministério da Saúde.
- 3- Sob seu ponto de vista, qual a importância da caderneta de saúde da pessoa idosa como guia de saúde?
- 4 – Qual a importância da caderneta de saúde da pessoa idosa no momento do seu atendimento ao idoso?

Dados sociodemográficos do entrevistado:

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo – Masculino (    ) Feminino (    )

Estado civil: \_\_\_\_\_

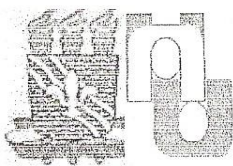
Escolaridade:

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Médio completo        |  |
| Curso Técnico         |  |
| Superior incompleto   |  |
| Superior completo     |  |
| Pós-graduação:        |  |
| Especialização (    ) |  |
| Mestrado (    )       |  |
| Doutorado (    )      |  |

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



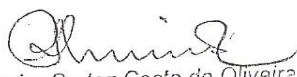
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

### 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.

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

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

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.  
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05  
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

## ANEXO B - CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA PRECONIZADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="text-align: center;"> <p><small>Ministério da Saúde</small></p> <p><b>Caderneta de</b></p> <p><b>Saúde</b></p> <p><b>da</b></p> <p><b>Pessoa</b></p> <p><b>Idosa</b></p> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA</b></p> <p><b>1. APRESENTAÇÃO</b></p> <p>O Estatuto do Idoso representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos. Nele foi destacada a atenção integral à saúde do idoso pelo Sistema Único de Saúde, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.</p> <p>A Constituição Federal coloca a saúde como um direito de todos e é um dever do Estado garanti-la. O Ministério da Saúde está disponibilizando agora a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Este documento faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde de nossa população idosa.</p> <p>Nessa Caderneta serão registradas informações importantes sobre as condições de sua saúde e irá auxiliar os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para que você tenha um envelhecimento ativo e saudável. Com ela você poderá acompanhar a evolução de sua saúde.</p> | <p>Essa é mais uma ação que traduz o compromisso de todos os gestores com a saúde integral da população idosa.</p> <p>Ande sempre com sua Caderneta e não se esqueça de levá-la nas consultas com os profissionais de saúde.</p> <p>Envelhecer com saúde é um direito seu de cidadania. Mas não se esqueça de fazer a sua parte praticando alguma atividade física: ande, dance, namore, faça todas as coisas que te dão prazer. Participe das atividades de sua comunidade. Saia com seus amigos e amigas. Pratique saúde com sua família, passeando e se divertindo juntos.</p> <p>Lembre-se sempre que envelhecer não é sinônimo de doença e se notar qualquer alteração no seu dia-a-dia procure o serviço de saúde mais próximo de você.</p>                    |
| <p><b>2. MINHA IDENTIFICAÇÃO</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>Como eu sou mais conhecido: _____</p> <p>N.º Cartão do SUS: _____</p> <p>Documento de identidade: _____</p> <p>Sexo: ( ) masculino ( ) feminino</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>N.º: _____ Complemento: _____</p> <p>Bairro: _____</p> <p>Ponto de referência: _____</p> <p>CEP: _____ Cidade: _____</p> <p>Estado: ____ Telefone: _____ Celular: _____</p> <p>Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( ) separado ( ) outros</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Minha escolaridade: ( ) analfabeto ( ) até 4 anos<br/>( ) 4 a 8 anos ( ) 8 anos ou mais</p> <p>Sou aposentado: ( ) sim ( ) não</p> <p>Minha ocupação antes de aposentar: _____</p> <p>Minha ocupação atual: _____</p> <p>Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____</p> <p>Meus hábitos de vida: Fumo ( ) não ( ) sim<br/>( ) fumo frequentemente ( ) fumo raramente ( ) parei de fumar</p> <p>Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____</p> <p>Bebida alcoólica ( ) não ( ) sim<br/>( ) bebo frequentemente ( ) bebo raramente ( ) parei de beber</p> <p>Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____</p> <p>Atividade física ( ) não ( ) sim<br/>( ) faço frequentemente ( ) faço raramente ( ) parei de fazer</p> <p>Tipo: _____ Frequência: _____ Tempo: _____</p> |

## 3. MORAM COMIGO \_\_\_\_\_ pessoas

## 4. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? ( ) sim ( ) não

## 5. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de vínculo: \_\_\_\_\_

Esta pessoa mora próximo de mim? ( ) sim ( ) não

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia? ( ) sim ( ) não

Obs.: \_\_\_\_\_

## 6. EM GERAL, EU DIRIA QUE A MINHA SAÚDE É:

| Data | Categoria |     |         |      |            |
|------|-----------|-----|---------|------|------------|
|      | Muita Boa | Boa | Regular | Ruim | Muito Ruim |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |
|      |           |     |         |      |            |

## 7. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:

|     |
|-----|
| 1)  |
| 2)  |
| 3)  |
| 4)  |
| 5)  |
| 6)  |
| 7)  |
| 8)  |
| 9)  |
| 10) |
| 11) |
| 12) |
| 13) |
| 14) |

## 8. MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO, DOSAGEM E QUANTAS VEZES AO DIA

|     |
|-----|
| 1)  |
| 2)  |
| 3)  |
| 4)  |
| 5)  |
| 6)  |
| 7)  |
| 8)  |
| 9)  |
| 10) |
| 11) |
| 12) |
| 13) |
| 14) |

## 9. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

## 9.1. Internações

|                       |          | Ano  |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|
|                       |          | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Número de internações | 1.º sem. |      |      |      |      |      |      |      |
|                       | 2.º sem. |      |      |      |      |      |      |      |

Obs.: \_\_\_\_\_

## 9.2. Ocorrência de quedas

|                  |          | Ano  |      |      |      |      |      |      |
|------------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|
|                  |          | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Número de quedas | 1.º sem. |      |      |      |      |      |      |      |
|                  | 2.º sem. |      |      |      |      |      |      |      |

Obs.: \_\_\_\_\_

## 9.3. Sou alérgico ou tenho intolerância a:

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| Medicamentos:                                                       |
| 1)                                                                  |
| 2)                                                                  |
| 3)                                                                  |
| 4)                                                                  |
| Alimentos:                                                          |
| 1)                                                                  |
| 2)                                                                  |
| 3)                                                                  |
| 4)                                                                  |
| Agentes ambientais (exemplo: poeira, mofo, fumaça, pêlo de animal): |
| 1)                                                                  |
| 2)                                                                  |
| 3)                                                                  |
| 4)                                                                  |

## 10. COISAS QUE EU NÃO POSSO ESQUECER

- SEMPRE CARREGAR A MINHA CADERNETA COMIGO PRINCIPALMENTE QUANDO EU FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE.
- CONVERSAR COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE, TIRAR MINHAS DÚVIDAS E PEDIR ORIENTAÇÕES.
- TOMAR AS MINHAS VACINAS.
- MANTER, SEMPRE QUE POSSÍVEL, MINHA VIDA SOCIAL ATIVA, PRATICANDO EXERCÍCIOS, PARTICIPANDO DE REUNIÕES COM FAMILIARES E AMIGOS.
- COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS.
- EVITAR CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS.
- MINHA ATIVIDADE SEXUAL NÃO TERMINA AOS 60 ANOS, LOGO, DEVO ME PREVENIR DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. O USO DO PRE-SERVATIVO É A MELHOR FORMA DE PREVENÇÃO. A PREVENÇÃO É UM ATO DE AMOR E CUIDADO POR SI E PELO COMPANHEIRO.
- SOLICITAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE MANTENHA MINHA CADERNETA SEMPRE ATUALIZADA.

## VACINAS

Contra influenza (gripe), a cada ano.

Contra difteria e tétano, a cada dez anos.

Contra pneumonia causada por pneumococo, por recomendação do profissional de saúde.

Contra febre amarela, a cada dez anos se eu for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando eu for viajar para essas regiões.

