

Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde**Health of the elderly and the attributes of Primary Health Care**

DOI:10.34117/bjdv6n8-063

Recebimento dos originais:08/07/2020

Aceitação para publicação: 07/08/2020

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor e Pós-doutor em Saúde Coletiva

Professor do Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e do curso de Medicina da Univali

Universidade do Vale do Itajaí

Endereço: Rua Uruguai, 458 – Centro – Itajaí – SC

E-mail: marcos.aurelio@univali.br

Aneline Brusamarello

Graduação em Medicina

Médica da Prefeitura Municipal de Massaranduba

Prefeitura Municipal de Massaranduba

Rua Marcos Alexandre, 37 – Braço Elza – Luiz Alves – SC

E-mail: aneline_b@hotmail.com

Carolina Cardoso

Residência médica em Anestesiologia (cursando)

Médica residente do Hospital Guilherme Alvaro

Hospital Guilherme Alvaro

Rua Oswaldo Cruz, 17 – apto 94 – Boqueirão – Santos – SP

E-mail: carolf.cardoso@hotmail.com

Clarice Aparecida Munaro

Mestra em Saúde e Gestão do Trabalho

Professora do curso de Medicina da Univali

Universidade do Vale do Itajaí

Endereço: Rua Uruguai, 458 – Centro – Itajaí – SC

E-mail: clarice@univali.br

Inajara Carla Oliveira

Doutora em Educação.

Professora do curso de Medicina da Univali

Universidade do Vale do Itajaí

Endereço: Rua Uruguai, 458 – Centro – Itajaí – SC

E-mail: ina@univali.br

Mateus Lucas Pegoretti

Acadêmico do curso de Medicina

Universidade do Vale do Itajaí

Endereço: Rua Uruguai, 458 – Centro – Itajaí – SC

E-mail: mateus.lucas.pegoretti@gmail.com

RESUMO

A população idosa no Brasil, vem crescendo de maneira acelerada. O envelhecimento vem acompanhado da diminuição da capacidade funcional, que pode ocasionar situações patológicas. Ambos podem ser minimizados através da aquisição de um estilo de vida mais ativo e um acompanhamento longitudinal e integral da saúde dos indivíduos. Na lógica da organização do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica tem papel estruturante para prover o cuidado integral da população idosa. Este trabalho teve como objetivo analisar o contexto da atenção à saúde do Idoso em quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família em um município de médio porte do Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, que utilizou o método do Arco de Maguerez para coleta de dados a fim de descrever o contexto das referidas equipes. Para interpretação dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático. Como resultados obtidos, observa-se a permanência da lógica biologicista unicausal, baseada em queixa-conduta nas práticas desenvolvidas pelas equipes no que se refere a saúde do idoso, demonstrando o não cumprimento dos atributos da atenção básica.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Atenção Básica à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The elderly population in Brazil has been growing rapidly. Aging is accompanied by a decrease in functional capacity, which can lead to pathological situations. Both can be minimized by acquiring a more active lifestyle and a longitudinal and integral follow-up of individuals' health. In the logic of the organization of the Unified Health System, Primary Care has a structuring role to provide the integral care of the elderly population. This study aimed to analyze the context of health care of the elderly in four teams of Family Health Strategy in a medium-sized city in the State of Santa Catarina. This is a qualitative research, which used the method of the "Arco de Maguerez" for data collection in order to describe the context of these teams. To analyze the data, the thematic content analysis technique was used. As results obtained, it is observed the permanence of unicausal biological logic, based on complaint-behavior in the practices developed by the teams regarding the health of the elderly, showing non-compliance of the attributes of primary care.

Keywords: Health of the Elderly. Primary Health Care. Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A população idosa apresenta-se como o extrato populacional que mais tem se expandido nos últimos anos. No contexto brasileiro, são consideradas pessoas idosas aquelas que possuem 60 anos ou mais (BRASIL, 2010). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD contínua) 2019 – aponta que a população idosa brasileira soma 32,8 milhões de pessoas, se concentrando a maioria em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (IBGE, 2019). Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, no período de 1950 a 2025 a população idosa do Brasil deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Desta forma, o país até 2025 ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos. Assim, é importante considerar que o tema envelhecimento deve apresentar grande discussão nos próximos anos.

Entende-se por envelhecimento um progresso ao longo da vida que começa na concepção e termina com a morte, estando todos os indivíduos, envelhecendo desde o nascimento (CHALISE, 2019). O envelhecimento é considerado complexo e multifatorial, apresentando variação em cada pessoa, de acordo com fatores ambientais e genéticos, sendo considerado como parte de um processo natural de diminuição progressiva da capacidade funcional (BRASIL, 2010; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Além da perda de alguma destas capacidades, muitos idosos são acometidos por doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), como condições crônicas, as quais tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas. Tais manifestações podem gerar um processo incapacitante, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente e autônoma. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida da pessoa idosa. A dependência para o desempenho de atividade de vida diária tende a aumentar 5% a partir dos 60 anos e 50% entre os idosos com mais de 90 anos (BRASIL, 2006).

De acordo com Ferreira *et al.* (2012) o aumento da população idosa gera a necessidade de planejar meios para melhor atender as dificuldades advindas deste processo, destacando-se como importantes as ações desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) para esta população. A APS, também conhecida como Atenção Básica à Saúde (ABS), foi o modelo escolhido pelo Ministério da Saúde (MS) para organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e pressupõe a visão de um processo saúde-doença determinado socialmente, influenciado por fatores ambientais e por desencadeadores etiológicos, aos quais a exposição está intimamente relacionada com a organização social (CUTOLO, 2009).

A escolha do Ministério da Saúde para operacionalizar e consolidar a Atenção Básica à Saúde ocorreu por meio da implantação do Programa de Saúde da Família lançado em 1994. Tal programa obteve resultados satisfatórios nos indicadores sanitários do país, o que levou o MS a transformar este programa em uma política, conhecida então como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Apesar de serem investidos esforços para consolidar o modelo de Atenção, a ESF ainda enfrenta graves problemas para incorporar os princípios da ABS à sua prática em saúde, seguindo o modelo marcado por uma prática de assistência curativista e hospitalocêntrica, baseada no Modelo Biomédico (CUTOLO, 2009). É nesta perspectiva que ocorrem os problemas, pois enquanto os princípios da ABS não forem incorporados à prática de saúde, a atenção integral ficará limitada (MAEYAMA *et al.*, 2020), inclusive no que diz respeito à saúde do idoso.

Vale referir que em 1994, também foram estabelecidas áreas estratégicas na Atenção Básica e entre elas, a Saúde do Idoso. Diante do envelhecimento populacional e sua crescente demanda, o Ministério da Saúde ficou responsável pela elaboração e adequação de planos e ações para esta população, que culminou na criação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) em 2006. Assim, torna-se função das políticas de saúde garantir que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2010).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que ela possa redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível, mesmo que as limitações progressivamente possam ocorrer (BRASIL, 2006). É função dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado da pessoa idosa estarem atentos às mudanças inerentes ou não ao envelhecimento, por meio de uma abordagem que permita que os agravos aos quais a população idosa está exposta sejam identificados, acompanhados e as alterações patológicas sejam abordadas precocemente.

Neste contexto emerge a importância de estudos voltados para a saúde do idoso, tornando-se oportuna a discussão sobre as formas de organização da atenção à pessoa idosa na ABS. Portanto, este estudo teve como objetivo analisar o contexto da atenção à saúde do idoso nas equipes de ESF de um município de médio porte do Estado de Santa Catarina.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), sob o n. 553.300.

A escolha pelo método qualitativo permitiu a descrição do contexto da atenção à pessoa idosa na Atenção Básica, uma vez que o método valoriza os significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes que interferem na construção das relações, processos e fenômenos (MINAYO, 2008).

O estudo foi realizado com oito profissionais da Atenção Básica em Saúde (ABS), participantes da integração ensino-serviço junto à Universidade, sendo quatro enfermeiros, dois médicos e dois profissionais da gestão. A escolha destes profissionais ocorreu de maneira intencional baseando-se no julgamento das necessidades de que determinados elementos sejam os mais representativos da população (GOLDIM, 1997). A escolha intencional destes sujeitos se deve ao fato destes profissionais participarem mais ativamente das discussões de reorganização, estimuladas pela presença da universidade nos seus espaços de trabalho. Como o objetivo principal não era avaliar individualmente os profissionais ou equipes, mas de identificar o contexto da atenção ao idoso, entendeu-se que estes sujeitos pudessem melhor colaborar nas discussões.

Para coleta dos dados, foram desenvolvidas três oficinas divididas com base na técnica do Arco de Maguerez modificado (BERBEL, 2012). A primeira etapa, objeto deste artigo, foi realizada por meio de oficina com roteiro de discussão semiestruturado (TRIVIÑOS, 1987), com o objetivo de fomentar a percepção nos sujeitos de pesquisa sobre as práticas realizadas em suas unidades de saúde, expondo como se dá a construção, o planejamento e a implementação das ações em saúde de um modo geral e as enfocadas ao envelhecimento (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Todas as oficinas foram gravadas e as falas posteriormente transcritas. O estudo dos dados foi realizado pela técnica de análise de conteúdo temático seguindo as etapas de leitura exaustiva, análise das falas, identificação das unidades de registro mais representativas, classificação e agregação em categorias (MINAYO, 2008). Em seguida, foi realizada a busca de significados manifestos e latentes do material coletado e, por fim, realizada interpretação conforme referencial teórico (TRIVIÑOS, 1987) da Atenção Básica em Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura exaustiva do material transcrito, foram escolhidas as falas que melhor caracterizavam a atenção à saúde ofertada às pessoas idosas, organizando-as em categorias previamente definidas, que representam os atributos da Atenção Básica (integralidade, orientação comunitária, primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado). Esta pré-categorização a partir dos atributos se justifica, pois eles representam a organização da atenção para qualquer ciclo populacional na Atenção Básica, e mais do que isso, eles sinalizam a possibilidade de atenção integral, resolutiva e de qualidade.

3.1 INTEGRALIDADE

Neste bloco temático, a partir das falas dos entrevistados, foram identificados três eixos de discussão: compreensão de necessidades ampliadas; atividades organizadas na lógica do modelo biomédico; e reconhecimento de rede de apoio à pessoa idosa sem devida articulação intersetorial.

A compreensão do conjunto de necessidades da pessoa idosa é a maior marca do sentido de integralidade. Esse entendimento foi demonstrado pelos participantes das oficinas. Apesar de compreenderem o sentido de cuidado integral, quando relataram suas práticas para a população idosa, houve contradição entre o discurso e a prática, na qual foram destacadas atividades voltadas para doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Ainda que mais comuns nesta população, o olhar está condicionado para a doença e não para a atenção integral ao idoso.

De acordo com Cecílio (2001), a integralidade pode ser compreendida como a atender as necessidades do outro, e nesta perspectiva pode ser praticada a partir de uma concepção do processo saúde-doença da determinação social, do condicionante ecológico-ambiental e do desencadeador biológico (MAEYAMA; CUTOLO, 2010). É com esta concepção que se consegue superar a clínica tradicional reducionista para uma clínica ampliada que considere a singularidade e o contexto dos usuários (MAEYAMA *et al.*, 2018). Em outras palavras, exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas em saúde ainda caracterizadas pela descontinuidade assistencial, centradas nos aspectos biológicos, vindas de queixas expressas pelos usuários.

Portanto, a forma como ainda ocorrem as práticas de saúde conforme apontado pelos profissionais é fruto de uma concepção saúde-doença que tem suas raízes no modelo biomédico, na qual os serviços de saúde organizam suas ações centradas na cura das doenças de forma individual, pois é considerado um processo puramente biológico (DA ROS; PAGLIOSA, 2008).

Estas práticas foram também referidas pelos profissionais nos trabalhos com grupos, geralmente organizados a partir de enfermidades, como por exemplo, ações educativas direcionadas para pessoas com hipertensão e diabetes, cuja maior participação é de idosos, reforçando a ideia de que tais ações são reflexos da prática histórica biomédica. Nesse sentido, Dolny *et al.* (2018), destacam que a prática educativa, em geral, é organizada a partir de orientações vindas dos programas de combate à determinadas doenças como hipertensão e diabetes e mesmo programas como de pré-natal, que incluem no bojo de ações, atividades educativas, portanto, apenas reproduções verticais de programas, e conseqüente distanciamento da integralidade da atenção. Dessa maneira, os objetivos da educação em saúde de proporcionar alternativas para que a população desenvolva o senso de responsabilidade do próprio autocuidado, propiciando uma melhora nas condições de saúde, e possibilidade de envelhecimento saudável, não ficou caracterizada na fala dos entrevistados (DE JESUS, 2019).

Em outro estudo realizado por Veras (2010), os resultados foram bastante semelhantes no que diz respeito à dificuldade de realizar ações voltadas para a população idosa, prevalecendo ações verticais de educação que normalmente giram em torno de temas comumente direcionados às doenças crônicas não transmissíveis, com modelos de atenção à saúde do idoso que se mostram ineficientes, reclamando estruturas criativas e inovadoras.

Destaca-se, porém, que apenas uma das participantes revelou organizar em sua unidade um grupo voltado exclusivamente para o idoso, mas enfatizou que as demandas trazidas pelos participantes se referem à temáticas envolvendo a doença, justificando assim o enfoque biológico para atender as necessidades do grupo. Compreende-se que atender a necessidade do outro, de fato

implica em escutar as demandas trazidas pelas pessoas. Porém, as temáticas solicitadas envolvendo doenças são apenas reflexos da prática histórica biomédica, que internalizaram a visão da população dentro desta lógica. Essa forma de pensar também pode ser identificada quando, na procura pela unidade de saúde, busca-se o auxílio apenas do profissional médico, situação esta, também referida pelos participantes. Para Onocko-Campos *et al.* (2014) os usuários possuem a referência de seus cuidados aos médicos, uma vez que acreditam que apenas estes profissionais poderão resolver seus problemas.

As práticas identificadas pelos profissionais voltadas à pessoa idosa contrariam a concepção ampliada do processo saúde-doença, que considera a contribuição de diferentes elementos relacionados entre si, como aspectos políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, psicológicos e biológicos (MAEYAMA *et al.*, 2018). Cada pessoa idosa difere entre si, de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades, e adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos. Portanto, faz-se necessário que os serviços que prestam atendimento aos idosos respondam a necessidades específicas e se distingam pela natureza da intensidade e diversidade dos serviços que ofereçam (BRASIL, 2010). A visão ampliada de saúde implica apreensão de necessidades e respostas a estas, que extrapolam a centralidade na consulta médica, indicando a participação de vários profissionais de saúde em perspectiva interdisciplinar e intersetorial.

A integralidade como modo de organização do trabalho nos serviços de saúde, destacada por Mattos (2001), refere-se à responsabilidade da Atenção Básica de não somente responder às doenças da população, mas acompanhar de forma ampliada suas necessidades. Com isso, surgem novos desafios, como organizar as ações integradas de saúde, incluindo a promoção da saúde, proteção e prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (CUTOLO, 2009).

Ainda sobre as práticas de integralidade, os participantes foram enfáticos ao afirmar que se predominam ações de prevenção em relação a promoção, reforçando a ideia de que o enfoque da atenção ainda se dá sob o ponto de vista biológico e da doença, o que culmina prioritariamente nas práticas de recuperação e reabilitação em saúde, quando muito prevenção de doenças ou controle delas. Corrobora com este dado um estudo realizado por Freitas e Mandú (2010), o qual aponta que preceito de promoção da saúde não se consolida como política na Saúde da Família, destacando as ações de natureza clínico-epidemiológicas voltadas ao controle dos riscos e das doenças, o que revela certa limitação.

Ainda sobre promoção da saúde, ao serem indagados a respeito da articulação com outros setores, os participantes relatam a execução de atividades por outras secretarias e/ou instituições voltadas para a população idosa, mas sem participação formal do setor saúde. Portanto, vale ressaltar que a intersetorialidade não é caracterizada simplesmente pela realização de ações em espaços fora dos “prédios” da saúde, mas com resoluções dos problemas que envolvem ações coordenadas com outros setores. Para Freitas e Mandú (2010) a promoção é política e prática essencialmente intersetorial, que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e bem-estar.

A respeito do atendimento das necessidades da pessoa idosa, a Política Nacional da Saúde do Idoso pode indicar e facilitar a implementação de ações voltadas para este público. Embora os participantes relatem conhecer a política, destacam não haver uma discussão sistemática que envolva planejamento de ações.

Ainda que o município apresente coordenação específica para saúde do idoso, os participantes relataram haver pouca articulação com as equipes de saúde, que em tese, seriam os profissionais que implementariam as ações voltadas para este público.

Portanto, mesmo frente a importância da legislação, esta não tem sido capaz de induzir mudanças substanciais na organização do processo de trabalho das equipes.

3.2 ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Nesta categoria temática, foram identificados três eixos: cadastramento da pessoa idosa na área de abrangência; ausência de diagnóstico comunitário sistemático e planejamento; verticalidade das ações com pouca participação social.

Em relação a orientação comunitária, existe o reconhecimento por parte das equipes da particularidade que envolve trabalhar com cada comunidade, e enfatizam que todos os pacientes idosos das áreas de abrangência das equipes são cadastrados. Segundo o Ministério da Saúde, o primeiro passo para realizar práticas orientadas para a comunidade é conhecer o território e as pessoas que nele vivem (BRASIL, 2017). É a partir do conhecimento do território que se consegue realizar o cadastramento das famílias e indivíduos, obtendo dados sócio-sanitários auto-referidos. Esse cadastramento faz parte do processo de territorialização, que representa importante instrumento para diagnóstico situacional a fim de reconhecer as necessidades e a partir delas organizar as práticas em saúde (BINZ *et al.* 2018).

O atual sistema de informações oficial da Atenção Básica é o e-SUS e constitui-se em um processo de qualificação da informação em busca de um SUS eletrônico, que tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação, que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários (BRASIL, 2018).

O e-SUS permite selecionar a faixa etária para localizar diversos ciclos populacionais, como a pessoa idosa por exemplo, e até mesmo qualificar uma consulta como cuidado continuado, todavia não contempla informações específicas para pessoa idosa (BRASIL, 2018). Assim, a plataforma foca com referências às doenças, reforçando a ideia da lógica biologicista.

Pensando na necessidade de ações voltadas para a pessoa idosa, o sistema deveria contemplar informações que ajudassem as equipes no diagnóstico situacional desta população, propiciando assim a possibilidade de planejamento de ações específicas e contextualizadas para melhoria das condições de saúde e de vida. Sem informações, não há planejamento.

Conforme exposto pelos profissionais, o reconhecimento das necessidades da população idosa ainda é superficial e a organização das ações na atenção à pessoa idosa consequentemente se dá de forma empírica, baseado no conhecimento principalmente da demanda clínica ou da percepção dos ACS. Reconhece-se que a demanda clínica pode e deve ser um dos indicadores para identificação dos principais problemas da comunidade e das fragilidades no cuidado, porém, corre-se o risco de um diagnóstico reducionista e centrado na doença, sem consideração aos aspectos de causalidade que envolva uma perspectiva ampliada comunitária e social.

Assim, a construção do diagnóstico comunitário, no que diz respeito à pessoa idosa, ainda não é realizado buscando de fato suas reais necessidades, uma vez que tais necessidades não se apresentam somente a partir da busca do usuário pela unidade de saúde. Existem necessidades latentes, muitas vezes ainda não percebidas pela própria pessoa idosa e equipe, mas que influenciam na qualidade de saúde e no envelhecimento destas pessoas. Foi consenso entre os participantes a necessidade de melhorar o diagnóstico situacional da população idosa nas unidades, mas com a ressalva de que não foram preparados para tal no seu período de formação.

A visão de que a pessoa idosa necessita de um *modus operandi* diferenciado foi evidenciado nas falas dos participantes, porém ainda bastante influenciadas pelo modelo biomédico, citando avaliação de doenças mais prevalentes nesta população. Para Cardoso e Cardoso (2008) a criação e utilização de instrumentos padronizados de avaliação são ainda bastante utilizadas nas práticas da equipe de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a saúde e o bem-estar da pessoa idosa vai além do fato de estar ou não doente (BRASIL, 2017). Velhice não é sinônimo de doença. O

estado de saúde da pessoa idosa deve ser traduzido pela sua autonomia e independência. O público considerado idoso, hoje em dia, tem características diferentes ao público idoso do passado.

Uma atenção à saúde eficaz necessita de adequação das intervenções às diferentes fases do envelhecimento, o que requer uma mudança para um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa (BRASIL, 2017). No entanto, as equipes de Atenção Básica demonstram-se despreparadas para lidar com o novo perfil da pessoa idosa que chega aos serviços de saúde, principalmente no que se refere às ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. O despreparo relatado pelos participantes diz respeito à formação na lógica tradicional que não responde às necessidades determinadas socialmente. A dificuldade consiste em lidar com situações singulares, não previsíveis, extrapolando o conhecimento tradicional que tem base em protocolos clínicos e de condutas.

Uma prática orientada para a comunidade promove o envelhecimento saudável e ativo, e deve estar articulada ao processo de construção da cidadania e de viabilização prática dos direitos sociais da pessoa idosa. Assim, diversos pontos podem sofrer intervenções: alinhar os sistemas de saúde às populações idosas que agora atendem; desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo; criar ambientes favoráveis à pessoa idosa; eliminar barreiras à participação (WHO, 2015). Um espaço que potencialmente pode favorecer o diálogo e a ampliação de significados sobre cidadania, envelhecimento saudável e ativo são os Conselhos Locais de Saúde (CLS).

Os CLS podem atuar na formação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas (MIELKE; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2012), a partir de necessidades estabelecidas pela própria comunidade. No município em questão, os CLS existem em algumas localidades e contam com a participação de servidores da saúde. Os participantes relatam que tentaram em outros momentos auxiliar na organização do CLS, mas encontraram dificuldade de adesão de indivíduos líderes na comunidade, com disponibilidade de levar as reuniões adiante. Uma das questões levantadas pelo grupo diz respeito ao individualismo dos usuários, mesmo quando em espaços coletivos. Esta falta de coletividade foi compreendida pelos entrevistados como a expressão da sociedade, e tem como consequência a falta de clareza para os participantes do processo coletivo ao que eles se propõem. Assim, mudar o funcionamento destes espaços coletivos de discussão com empoderamento e, acima de tudo, prática participativa e pauta coletiva, pode contribuir para a transformação neste sentido.

Estas dificuldades de desenvolvimento da participação social são fruto da própria organização da sociedade capitalista, baseado na meritocracia e competitividade, com poucos sinais de solidariedade.

O fato é que sem participação social, seja ela institucionalizada ou não, não existe orientação comunitária. Mesmo com boa intenção, muitas coisas pensadas pela equipe podem não representar as necessidades da população. A participação social, mais do que uma divisão de poderes ou responsabilidades, significa uma chance maior de êxito nas ações de saúde, uma vez que ela representa os desejos e anseios da própria comunidade.

Nesse sentido, a participação social deve ser instrumento contínuo de apreensão de necessidades, inclusive fomentar seu desenvolvimento é atribuição do profissional de saúde da Atenção Básica, descrita em sua política regulamentadora. Para tanto, cabe ao profissional se aproximar dos indivíduos, ter postura dialógica, ouvir, valorizar as queixas e opiniões das pessoas, e advogar em favor delas (MUNARO *et al.*, 2018).

Tendo em vista que as necessidades vão além do aspecto biológico, mas que existe grande hegemonia do modelo biomédico, o processo de empoderamento da população a partir de situações comunitárias concretas e a qualificação dos profissionais de saúde no sentido do conceito ampliado de saúde, são pontos cruciais para o desenvolvimento da orientação comunitária.

3.3 PRIMEIRO CONTATO

Em relação ao primeiro contato, uma das questões importantes para que a ABS seja de fato a porta de entrada preferencial diz respeito à acessibilidade e ao acolhimento.

Para avançar na discussão, é preciso compreender que cabe à acessibilidade a facilitação dos fluxos ao direito da universalidade conforme apontado por Cutolo (2009), bem como o entendimento de que ela é o elemento estrutural mais necessário para o uso da atenção ao primeiro contato. Aspectos associados à acessibilidade sócio-organizacional (como tempo de espera, facilidade na realização de exames e aquisição de medicamentos) e geográfica (distância da casa ao serviço) são considerados essenciais para a garantia da qualidade na Atenção Básica (HALFOUN; AGUIAR; MATTOS, 2008).

Identificou-se na pesquisa que a pessoa idosa tem seu acesso facilitado à consulta quando procura pela unidade de saúde, seja na demanda espontânea ou programada. Porém, a noção de acessibilidade se restringe à consulta médica e a noção de acolhimento passa pelo atendimento da demanda espontânea, coerente com o modelo de atenção vigente, como já identificado no atributo da integralidade.

Considerando a indissociabilidade dos atributos, a garantia da acessibilidade pressupõe uma lógica em que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, mas também deve ser pensada prevendo uma ampliação para os que ainda possuem

dificuldade para acessá-lo, caso contrário, o usuário apenas procurará os serviços nas situações de doença. Neste sentido, a equipe deve ter postura de busca ativa para ampliação do acesso da pessoa idosa, especialmente para suas necessidades ocultas.

Já a noção de acolhimento foi relacionada à demanda espontânea, a respeito de atender a todos que procuram a unidade de saúde com critérios de classificação de risco e priorização do atendimento, reduzindo as ações quase sempre para a consulta médica ou de enfermagem. Assim, a escuta qualificada, que inicialmente foi estabelecida como uma ferramenta organizacional para o cuidado integral, acaba distorcida para um instrumento de triagem, ratificando o modelo de queixa-conduta historicamente hegemônico nos serviços.

Os participantes enfatizam a busca dos usuários por atendimento. Frente a isto, destacou-se que o momento da procura de fato se trata de uma necessidade, e, portanto, deve ser atendida. Porém, paralelamente outras ações de cuidado como atenção domiciliar, formação de grupos operativos e terapêuticos, e atividades educativas são formas de acolher o usuário numa perspectiva ampliada, já que estas ações têm potencial de inverter a lógica da cura para o cuidado. Desta forma, é preciso desconstruir a lógica consulta-centrada. Na perspectiva do acolhimento a organização do processo de trabalho se transforma radicalmente, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência e ações de cuidado, visto que a organização do serviço passa a ser centrada nas necessidades dos usuários (GARCIA *et al.*, 2018). Outro ponto levantado que favorece o acolhimento e, portanto, fortalece a Atenção Básica como porta de entrada preferencial, tem relação com a criação de vínculo. Este pode ser considerado como a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, que assim carrega um potencial terapêutico (BRASIL, 2017).

Neste sentido, o grupo concluiu que, apesar da presença marcante do modelo biomédico, a ABS apresenta-se como porta preferencial de entrada para a pessoa idosa, especialmente pela prioridade reservada para este público quanto à consulta médica e atendimentos na demanda espontânea, e por este motivo o vínculo é fortalecido. Estas características de primeiro contato e de porta preferencial de entrada para as pessoas idosas coloca potencialmente a Atenção Básica como protagonista e responsável para início do cuidado e planejamento de ações para esta população, numa perspectiva de promoção do envelhecimento ativo e saudável (CARDOSO; CARDOSO, 2008).

3.4 LONGITUDINALIDADE

Os participantes da pesquisa, quando indagados sobre as situações de acompanhamento da pessoa idosa, apontaram-na principalmente em três eixos: acompanhamento de doenças crônicas; visita domiciliar às famílias sem atenção direcionada à pessoa idosa; e as atividades de grupo.

A respeito da longitudinalidade, o entendimento dos participantes se refere ao acompanhamento das condições crônicas e não propriamente da pessoa idosa, o que contradiz o entendimento deste atributo como ação que exige maior compromisso do profissional da saúde, para uma relação que possibilite uma integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas da saúde conforme apontado por Cunha (2009).

Desta forma, é importante considerar que a longitudinalidade pede que o acompanhamento seja realizado independentemente da situação de doença, e sim de acordo com o ciclo de vida. Outras situações em que a pessoa idosa acaba sendo acompanhada de forma longitudinal são as situações de incapacidade funcional ou dependência, estas também em decorrência de doenças como Alzheimer, Parkinson, entre outras. Esse acompanhamento tem início quando há a busca por cuidados de saúde na própria unidade ou por meio de uma visita domiciliar, que ocorre por pedido de um familiar ou do ACS responsável pela micro-área em que esse idoso se encontra.

Em todas as situações de acompanhamento relatado pelos participantes, existe uma postura de espera pelo paciente. Mesmo quando da visita domiciliar por parte do profissional médico ou enfermeiro, elas sempre partem de uma situação característica de doença já existente ou ainda não diagnosticada.

A postura de espera é mais problemática quando se relaciona com a população idosa. O envelhecimento, ainda que seja um processo natural de redução progressiva de capacidades funcionais e muitas vezes acompanhadas de situações de doença, faz com que a busca por assistência nem sempre seja efetivada, exatamente por que em muitas situações, a pessoa idosa e seus familiares consideram que a situação é própria do envelhecimento e que nada pode ser feito. Porém, muitos dos processos patológicos e até fisiológicos podem ser minimizados ou retardados com o devido cuidado e acompanhamento da equipe de saúde (BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 2010).

Uma tentativa de acompanhamento longitudinal desvinculado das situações de doença foi descrita pelos participantes, por meio das visitas realizadas rotineiramente pelos ACS a todos os domicílios, como descreve a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Porém, estas visitas que poderiam lidar com as singularidades de cada sujeito muitas vezes passam a se constituir em meros instrumentos burocráticos. Visitar uma família que tem um idoso, não implica em cuidar ou acompanhar a pessoa idosa.

Nesta perspectiva, os agentes devem estar orientados a partilhar com o restante da equipe a avaliação que fazem durante a visita domiciliar, expondo eventuais dúvidas e, quando identificada uma situação de risco, solicitar maior atenção para aquele idoso (BRASIL, 2009). Os participantes relataram que os ACS são orientados para que identifiquem, durante suas visitas, idosos em situação de fragilidade ou de risco, como forma de postura proativa. A exemplo de toda a organização da equipe, este acompanhamento está voltado para a identificação de doenças e acompanhamento destas quando necessário. Ainda que de suma importância, é reducionista frente às necessidades implícitas que envolvem o envelhecimento, apontando a necessidade de ressignificação do conceito de risco e vulnerabilidade.

E por fim, outra atividade que pode caracterizar o acompanhamento realizado pelas equipes à pessoa idosa, diz respeito as atividades de grupo, que de certa forma, confirmam que a atenção está focada em doenças e não nas necessidades dos grupos populacionais ou ciclos de vida, como por exemplo o grupo de hipertensos e diabéticos citados pelos participantes. Ainda que sejam importantes, demonstram certa fragilidade no que se refere ao acompanhamento das necessidades da população idosa.

Um grupo voltado para as doenças tenta responder as necessidades de controle destes problemas. Um grupo voltado para a pessoa idosa deve tentar responder suas necessidades, que podem se apresentar em diversas dimensões e singularidades, e ainda mutáveis ao longo do tempo. Neste sentido, o grupo deve identificar as necessidades específicas de cuidado apresentados por esta população.

3.5 COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Em relação a coordenação do cuidado da pessoa idosa, foi possível identificar cinco eixos de discussão: acompanhamento inespecífico do ACS; utilização incipiente da carteira do idoso; dificuldades na responsabilização no processo de encaminhamento para outros serviços; grupos de educação em saúde voltados para a doença e não para o envelhecimento; reunião de equipe como instrumento de organização do cuidado da pessoa idosa com problemas.

Um instrumento relatado pela equipe para a coordenação do cuidado da pessoa idosa é a carteira do idoso. Houve unanimidade entre os participantes quanto à utilidade da carteira do idoso, apesar de seu uso incipiente. Para Oliveira (2013), a carteira do idoso propicia a identificação de situações de riscos potenciais para a saúde e possibilita o planejamento e a organização das ações, objetivando a manutenção da capacidade funcional dos idosos. Em estudo realizado com idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, que assumiram a

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como norma do serviço, demonstra-se que esta se constituiu em instrumento de fortalecimento da assistência na Atenção Básica, favorecendo a apreensão de necessidades de educação em saúde, e servindo de base para elaboração de plano de ação, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos idosos (ROCHA *et al.*, 2011).

Portanto, o uso da carteira do idoso auxilia a coordenação do cuidado por conter o registro das condições da pessoa idosa e não depender exclusivamente das informações dadas por ela ou seu cuidador, facilitando a troca de informação entre a Atenção Básica e os outros níveis de cuidado para onde for referenciado, visto que é o papel do profissional da Atenção Básica unir as intervenções realizadas pelos especialistas (BRASIL, 2006b).

Esse ponto abriu espaço para identificação da dificuldade de responsabilização da pessoa idosa quanto às referências e contrarreferências dos usuários para os demais pontos da rede. O Sistema de Referência e Contrarreferência serve como uma ferramenta para organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que os procuram. Assim, o usuário atendido na unidade básica de saúde (UBS), quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, para receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, encaminhado para a unidade de origem para que dê continuidade a seu atendimento (BRASIL, 2011).

Em resumo, houve um reconhecimento de que existe uma deficiência tanto da Atenção Básica, quanto dos serviços de referência. Esta situação foi identificada por Oliveira (2013), referindo-se a que a capacidade de coordenação é fortemente afetada pela integração entre os níveis assistenciais e pelas barreiras que dificultam o caminhar do usuário no interior do sistema de saúde. Ainda segundo este autor, o papel de coordenação da Atenção Básica depende da articulação entre os profissionais e serviços e dos fluxos e organização da rede de atenção à saúde para romper com a fragmentação do cuidado.

Esta organização da rede deve ter a gestão como reguladora e articuladora do processo. Mas ressalta-se que a coordenação do cuidado é responsabilidade da Atenção Básica, e mesmo com todas as dificuldades de comunicação que possam existir, cabe a ela a busca de informação, o acompanhamento de todo o processo, e o seguimento dos casos.

Outro instrumento de coordenação do cuidado apontado pelos participantes são os grupos de educação em saúde, que como demonstrado anteriormente tem seu foco voltado para a doença. O fato dos grupos estarem centrados nas doenças pode ser justificado pela concepção saúde-doença arraigada na mentalidade tanto da população em geral, quanto dos profissionais da ESF. Porém, o trabalho e as discussões, mesmo partindo da doença, podem ser ampliados e/ou extrapolados pelo

contexto de vida das pessoas, se concebidas pelo olhar da determinação social e da integralidade. A grande questão aqui centra-se na necessidade de que os profissionais concebam saúde nesta perspectiva e assim permitam um trabalho com e pela autonomia da população idosa, fortalecendo este espaço para participação dos cuidadores, estabelecendo uma relação de corresponsabilidade do cuidado dos usuários. Auxiliar a família ou cuidadores neste processo de envelhecimento é uma forma de coordenar este cuidado.

O último ponto discutido que pode interferir na coordenação do cuidado se refere às reuniões de equipe. Ainda que as discussões não sejam específicas para as pessoas idosas, o grupo considerou que as reuniões são de suma importância para coordenar o cuidado das pessoas. O que se acrescentou, é que as discussões devem extrapolar as doenças evidentes, ampliando para as necessidades muitas vezes ocultas da população idosa.

A lógica de não planejar fica bastante evidente nas falas dos entrevistados, marca característica do modelo biomédico. A formação biomédica prepara o fazer. Porém, sem planejamento não existe coordenação de cuidado. A ausência do planejamento de ações na Atenção Básica, favorece a realização das ações que “aparecem” na Unidade de Saúde, que representam as demandas oriundas de doenças e consequente oferta de consultas (PICCOLO *et al.*, 2018), apresentando distanciamento das múltiplas necessidades das pessoas, descaracterizando a proposta da ESF na coordenação do cuidado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos atributos da Atenção Básica apontarem para um novo modelo de atenção, os relatos dos participantes apontam que ainda permanece a lógica da queixa-conduta e de cumprimento de programas historicamente desenvolvidos nas unidades básicas de saúde, como por exemplo, a puericultura, o pré-natal, o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, entre outros.

Mesmo com o aumento da população idosa, o acompanhamento do envelhecimento ainda não faz parte da rotina das unidades de saúde. Porém, apesar da necessidade deste acompanhamento, não basta a simples inclusão de rotinas pré-estabelecidas, a exemplo do que ocorre com outros ciclos populacionais, pois elas podem não expressar as reais necessidades de uma determinada população ou pessoa.

A limitação para a atenção integral à pessoa idosa demonstrada na pesquisa sugere que ela está relacionada com o não cumprimento dos atributos da Atenção Básica e com a marcante presença do modelo biomédico. Assim, a qualificação dos profissionais é de fundamental importância para a transformação das práticas, uma vez que a simples publicação de diretrizes não tem sido capaz de

transformar os serviços de saúde. É necessário um esforço das três esferas de governo para propiciar, a partir do processo de educação permanente, as condições para que os profissionais estejam preparados para estas novas demandas que envolvem tanto Atenção Básica, quanto o processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

BARROS, T. B.; MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F; Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Revista Rene**, v. 12, n. 4, p. 732-41, 2010.

BERBEL, N. A. N. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012.

BINZ, M. C. et al. Territorialização e Planejamento Local de Saúde. In: MAEYAMA, M. A.; DOLNY, L. L.; KNOLL, R. K. **Atenção Básica à Saúde: aproximando teoria e prática**. Itajaí: Editora Univali, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). **Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. **E-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 3.0** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARDOSO, G. A.; CARDOSO, M. D. T. Avaliação Funcional em Idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos UniFOA**, v. 3, n. esp., p. 17-25, 2008.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

CHALISE, H. N. Aging: basic concept. **American Journal of Biomedical Science & Research**, v. 1, n. 1, p. 8-10, 2019.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização com o arco de maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: CSH**, v. 28, n. 2, p. 121-46, 2007.

CUNHA, E. M. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

CUTOLO, L. R. A. **Estratégia saúde da família**: bases conceituais. Texto elaborado para a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Florianópolis: UFSC, 2009.

DA ROS, M. A.; PAGLIOSA, F. L. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-299, 2008.

DE JESUS, M. E. F. *et al.* Educação em saúde: concepções de discentes da graduação em enfermagem. **Brazilian Applied Science Review**, v. 3, n. 5, p. 2263-2275, 2019.

DOLNY, L. L. et al. Grupos na Atenção Básica. In: MAEYAMA, M. A.; DOLNY, L. L.; KNOLL, R. K. **Atenção Básica à Saúde**: aproximando teoria e prática. Itajaí: Editora Univali, 2018.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513-18, 2012.

FREITAS, M. L. A.; MANDU, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde na Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 200-05, 2010.

GARCIA-JR, C. A. S. et al. Acolhimento em Saúde. In: MAEYAMA, M. A.; DOLNY, L. L.; KNOLL, R. K. **Atenção Básica à Saúde**: aproximando teoria e prática. Itajaí: Editora Univali, 2018.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: da Casa, 1997.

HALFOUN, V. L. R. C.; AGUIAR, O. B.; MATTOS, D. S. Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 424-430, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEO-ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua anual**. IBGE, 2019.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 1, p. 89-96, 2010.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Básica. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 47352-69, 2020.

MAEYAMA, M. A. et al. Integralidade e Clínica Ampliada. In: MAEYAMA, M. A.; DOLNY, L. L.; KNOLL, R. K. **Atenção Básica à Saúde**: aproximando teoria e prática. Itajaí: Editora Univali, 2018.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

MIELKE, F. B.; COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 387-394, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MUNARO, C. A. et al. Participação social na saúde. In: MAEYAMA, M. A.; DOLNY, L. L.; KNOLL, R. K. **Atenção Básica à Saúde**: aproximando teoria e prática. Itajaí: Editora Univali, 2018.

OLIVEIRA, G. S. M. Estratégias de coordenação do cuidado: uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em debate**, v. 38, n. esp., p. 252-64, 2014.

PICCOLO, F. et al. O uso da epidemiologia na Atenção Básica. In: MAEYAMA, M. A.; DOLNY, L. L.; KNOLL, R. K. **Atenção Básica à Saúde**: aproximando teoria e prática. Itajaí: Editora Univali, 2018.

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

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos Psicológicos**, v. 25, n. 4, p. 585-93, 2008.

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

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-38, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on ageing and health** [Internet]. Geneva: WHO, 2015.