



Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde

Promoting health among the elderly: actions in primary health care

158

Ana Paula Ribeiro de Castro¹
Eglídia Carla Figueirêdo Vidal²
Ana Raquel Bezerra Saraiva¹
Sofia de Moraes Arnaldo¹
Ana Maria Machado Borges^{1,3}
Maria Irismar de Almeida⁴

Resumo

Objetivo: Conhecer as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação à pessoa idosa. *Método:* Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, com 19 profissionais. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, gravada, transcrita na íntegra, cujos dados foram organizados em categorias temáticas à luz da Análise de Conteúdo e da literatura pertinente. *Resultados:* Foram descritas ações de caráter coletivo, como atividades grupais, reuniões, rodas de conversa, palestras e orientações em sala de espera, além de ações pontuais, como orientações durante a consulta individual e encaminhamento para serviços especializados. *Conclusão:* Evidenciou-se a necessidade de discussão sobre a promoção da saúde e suas ações para realizá-las com idosos, sendo indispensável o debate e a reflexão sobre a temática localmente e a necessidade de construir uma rede de apoio à saúde da pessoa idosa compartilhada entre profissionais, gestores e comunidade.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

Abstract

Objective: To identify health promotion actions carried out by professionals in the Family Health Strategy in relation to elderly people. *Method:* An exploratory study with a qualitative approach was performed in Juazeiro do Norte, Ceará, Brazil, with 19 professionals. A recorded, fully transcribed semi-structured interview was used after authorization by the ethics committee under number 501 675. The discussions were analyzed using Content Analysis, organized into thematic categories. *Results:* Actions of a collective nature were identified, such as activities in groups, meetings, conversation circles, lectures and guidance in the waiting room. Other directed actions were used, such as guidelines during individual consultations and referral to specialized services. *Conclusion:* The need

Keywords: Health of the Elderly. Health Education. Health Promotion. Primary Health Care. Family Health.

¹ Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEÃO, Curso de Graduação em Enfermagem. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

² Universidade Regional do Cariri - URCA, Departamento de Enfermagem. Crato, Ceará, Brasil.

³ Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará, Hemovigilância. Crato, Ceará, Brasil.

⁴ Universidade Estadual do Ceará - UECE, Departamento de Ciências da Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil.

for the discussion of health promotion and actions in relation to old age was highlighted, with debate and reflection on this theme required locally, along with the need to build a network of support for the health of the elderly in a shared manner among professionals, managers and the community.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional pode ser considerado um triunfo para o Brasil, pois a melhoria dos condicionantes de saúde que favoreceram o aumento da expectativa de vida, a queda da mortalidade, principalmente a infantil e a diminuição da fecundidade, alcançou índices semelhantes a países desenvolvidos. Já o planejamento para essa realidade não ocorreu, sendo as condições para um envelhecimento populacional ativo e saudável inexistente, na maior parte do Brasil, afetando a qualidade de vida das pessoas longevas¹.

A falta de planejamento para essa nova realidade gera um problema real ao país, uma vez que o indivíduo envelhece sem assistência adequada à sua nova condição física e mental. Isso afeta diretamente seu bem-estar e, conseqüentemente, sua qualidade de vida, pois envelhecer com a concepção de saúde está relacionado à capacidade de se envolver em atividades de autocuidado, expressão de emoções positivas, satisfação das condições econômicas e/ou sociais e mudanças de hábitos².

O envelhecimento humano pode ser entendido, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como um processo sequencial, natural, individual, irreversível, universal, acumulativo, contínuo e não patológico, em que se observa diminuição gradual e progressiva das capacidades funcional e cognitiva, decorrentes do processo de senescência e senilidade³. Compreender esse conceito, incorporando-o na prática profissional diária, é fundamental para atender a população idosa, de modo a garantir que a mesma seja sujeito ativo e reflexivo do seu papel na sociedade, possuidora de direitos e deveres, participando da tomada de decisões sobre o seu processo de saúde/doença.

A longevidade e uma maior expectativa de vida dependem, dentre outros fatores, do estilo de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo, estresse), do ambiente (condições de moradia, urbanização), da

herança genética (doenças relacionadas) e organização dos serviços de saúde (acesso e atendimento qualificado). Assim, a longevidade é uma realidade no Brasil, tanto em relação ao número de pessoas longevas como em relação ao aumento da expectativa de vida, essa realidade traz a necessidade de políticas públicas estruturadas que atendam às necessidades desse grupo etário⁴.

Consubstancialmente, a transição demográfica constitui-se um desafio para a saúde, principalmente no Brasil, dado o caráter de país em desenvolvimento, cujo fenômeno ocorre também em cenário de pobreza e de grandes desigualdades sociais, num extenso território marcado por diferenças econômicas, sociais e culturais em cada região, além disso, o modelo de atenção à saúde no Brasil ainda está alicerçado em ações curativas, com predominância ao modelo médico, com um processo de trabalho organizado pelas demandas espontâneas, sendo insuficiente para suprir os anseios da população idosa⁵.

Urge a necessidade de estratégias voltadas para essa população, notadamente no setor saúde^{6,7} no qual profissionais e gestores de saúde devem estar preparados para acolher e responder às necessidades no âmbito psíquico, físico, socioeconômico e cultural desses idosos, embasados nas propostas de políticas públicas para o envelhecimento ativo e saudável, explicitado nas diretrizes assistenciais, operacionais e de gestão e nas políticas afins, vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS), como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil demanda decisão política, econômica, institucional, com forte investimento em seus processos de expansão e qualificação do cuidado em saúde para os indivíduos dos territórios das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse investimento traz em sua gênese o conceito central de promoção da saúde a fim de resultar em uma transformação no processo de trabalho inter/multidisciplinar na forma de organizar redes de atenção integral à saúde⁶.

No Brasil, apesar das experiências exitosas com a implantação da ESF⁸, a visão centrada na doença ainda parece persistir, principalmente em relação à população idosa, observada nas consultas ambulatoriais por demanda espontânea, visitas domiciliares restritas ao tratamento das doenças crônicas e consultas para o acompanhamento da hipertensão e diabetes, prevalecendo o modelo biomédico de atenção à saúde. No município da pesquisa, observa-se que estratégias voltadas para promoção da saúde no processo de trabalho da equipe multidisciplinar, respaldadas nas políticas lançadas pelo Ministério da Saúde (MS), ainda não foram incorporadas nos processos de trabalho das mesmas, principalmente, em relação à pessoa idosa.

Medina et al.⁹ colocam que são restritos os estudos que problematizam ou avaliam a natureza e a efetividade de ações de promoção da saúde desenvolvidas na APS, especificamente entre as ESF. A partir dessas reflexões, objetivou-se conhecer as ações de promoção da saúde à população idosa realizadas pelos profissionais da ESF, em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

MÉTODO

Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais sobre as pesquisas que envolvem seres humanos, atendendo a Resolução nº 466/2012. A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e enviada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo aprovada conforme Parecer nº 501.675.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, numa perspectiva compreensiva da realidade vivida no cotidiano da ESF, potencializadora da promoção da saúde da pessoa idosa.

A pesquisa teve como cenário a ESF, no município de Juazeiro do Norte, localizado na Região Metropolitana do Cariri, no Sul do Estado do Ceará, no Brasil.

Juazeiro do Norte possui área de 141 km² e taxa de urbanização de 95,3%, com uma população de 249.939 mil habitantes, dos quais 14% são pessoas de 60 anos e mais de idade. A APS deste município

é organizada em seis distritos, possuindo 64 equipes da ESF, correspondendo a 86,96% de cobertura, 34 Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade I (sem Técnico de Higiene Dental – THD), 530 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)¹⁰.

O estudo foi realizado no distrito V, que conta com 13 equipes da ESF¹¹, totalizando 25 profissionais, entre médicos, enfermeiros e dentistas. A escolha por esse *lôcus* recaiu no fato de possuir maior número de pessoas a partir de 60 anos no município.

Participaram da pesquisa 19 profissionais de nível superior (quatro médicos, nove enfermeiros e seis dentistas) que atenderam ao seguinte critério de elegibilidade: ser profissional de nível superior concursado, com vínculo empregatício de, no mínimo, um ano na unidade atual. Os critérios excludentes foram: profissionais de nível superior que, mesmo com o concurso, estivessem há menos de um ano na unidade atual e afastamento por motivo de licença de qualquer natureza.

Desta forma, três enfermeiros foram excluídos por restrição temporária de trabalho, e três médicos por recusarem participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro do ano de 2014, mediante aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada, mediante anuência institucional e dos participantes, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram previamente agendadas, acordando-se a data, horário e local para sua realização. Tiveram duração média de 22 minutos. Pautaram-se questionamentos acerca do trabalho realizado envolvendo as ações de promoção em relação à saúde da pessoa idosa. Num diário de campo foram registradas as observações e impressões dos pesquisadores. As falas foram identificadas com nomes de anjos para diferenciação dos dados empíricos.

A análise dos dados ocorreu sob a perspectiva da Análise de Conteúdo (AC), proposta por Bardin¹². À medida que foram sendo realizadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra e organizadas a partir das fases de AC, mediante pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Foi realizada a organização de material, ocorrendo a categorização temática, com

a evidência de três categorias, quais sejam: Ações coletivas de promoção da saúde: empoderamento ou imposição das práticas de saúde; Sala de espera: espaço para o diálogo promotor da saúde? e Consulta individual como ação para a promoção da saúde: realidade a ser superada.

Os critérios para relatórios de estudos qualitativos, presentes na lista de verificação COREQ - *Consolidated criteria for reporting qualitative research*¹² foram considerados para a elaboração deste manuscrito.

RESULTADOS

Em síntese, foram descritas ações de caráter coletivo, como atividades grupais, reuniões, rodas de conversa, palestras e orientações em sala de espera, além de ações pontuais, como orientações durante a consulta individual e encaminhamento para serviços especializados.

Ações coletivas de promoção da saúde: empoderamento ou imposição das práticas de saúde?

Dentre as ações coletivas de promoção da saúde da pessoa idosa, foram mencionados os grupos de saúde, trabalhados de modo continuado, como também em algumas equipes, de forma esporádica, como se percebe nos relatos a seguir:

“Nós temos um grupo. [...] Na segunda, quarta e sexta, esse grupo já existia bem antes do NASF, um Grupo da Melhor Idade, que faz atividade física, [...] têm umas datas comemorativas e que são sempre festejadas, Dia das Mães, Dia dos Pais, o Dia do Idoso, eles já foram para o Caldas (Balneário do Caldas em Barbalha, Ceará), [...] festas juninas, Natal. [...] Tem até as caminhadas que a gente faz com eles, e hoje contamos com os profissionais do NASF para dar apoio e as orientações também”. (DINIEL).

“Eu tenho agente de saúde que trabalha com esse público específico, em eventos, datas comemorativas, ela faz, ela promove, a gente tem, conta com o apoio da equipe, ela promove o São João, ela consegue o transporte da prefeitura e leva para o Caldas (Balneário na cidade de Barbalha). [...] não é uma coisa sistemática, não é uma coisa formal ainda, como forma de grupo, porque o grupo

ainda não é um grupo fixo, mas é uma iniciativa que a gente vê com bons olhos e que o retorno acaba sendo positivo, pois nos depoimentos deles, o retorno é da forma individual, o idoso contando como aquilo mudou a vida deles, são iniciativas não sistemáticas [...]”. (HAMON).

A participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do ACS se torna essencial para realização das ações nos grupos de saúde citados. Mesmo demonstrando não ser algo sistemático, como a segunda fala explícita, pode-se considerar uma potencialidade desses momentos, pois envolvem temáticas e atividades importantes para manutenção da saúde, como as caminhadas e prevenção de acidentes, além de atividades recreativas e de lazer, colocadas como comemorações de datas específicas, importantes no calendário regional e nacional, além de visitas a lugares públicos.

Não emergiram como ocorrem as avaliações desses momentos realizados pela ESF, os grupos eram realizados de modo esporádico, assistemático e sem nenhum instrumento avaliativo. Assim como, a inexistência de temas para discussão nesses grupos voltados à compreensão de saúde/doença, o estímulo ao debate sobre a cultura, discussão sobre a necessidade de prevenção à violência (em muitos aspectos), desenvolvimento sustentável, cultura de paz, dentre outros, levando a refletir sobre os assuntos relacionados ao controle e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, predominantemente.

Sala de espera: espaço para o diálogo promotor da saúde?

Os profissionais de saúde entrevistados ressaltam a realização de ações de promoção da saúde da pessoa idosa nas recepções das Unidades de Saúde da Família (USF), constituindo “Salas de Espera” onde são realizadas ações grupais do tipo “conversas”, voltada às orientações acerca de um tema, previamente pensado, ou com abertura ao diálogo e às dúvidas desse público-alvo, focalizando a educação em saúde como estratégia de promoção da saúde nesse espaço físico de atuação.

Os depoentes expressaram utilizarem a *Sala de Espera* para as ações de promoção da saúde, contudo, de forma a aproveitar a demanda espontânea,

justificando a ausência de espaços adequados à organização de outras ações mais elaboradas. Assim, demonstram dificuldades na realização desses momentos devido às características do ambiente, conforme evidenciado nas falas que se seguem:

“[...] a gente aproveita mesmo em alguns momentos em que o pessoal da equipe está fazendo algum movimento (sala de espera), e a gente aproveita e conversa com eles”. (Anael).

“[...] ficou mais na sala de espera, orientando o que era uma hipertensão, o que é um diabetes, o cuidado, então a gente ficou na sala de espera mesmo”. (Leo).

“[...] a gente está fazendo é na sala de espera mesmo [...] como chamar a atenção numa sala de espera lotada, que tem muita gente entrançada e eles lá de olhinhos duros prestando realmente a atenção!” (Barman).

Os espaços das unidades de saúde podem ser tomados como um lugar para o diálogo no processo de educação em saúde, e assim para promover a saúde, contudo, cabe a reflexão do objetivo desses momentos em “sala de espera”, pois os usuários “esperam” exatamente o quê? Reflexão, diálogo, troca de saberes sobre determinado assunto? Como os profissionais estão organizando esse momento de “espera” para ser efetivamente um local para educação em saúde?

A educação em saúde deve conter a participação ativa da comunidade, do grupo destinado à prática, deve proporcionar informação em saúde, educação sanitária, conhecimentos indispensáveis para a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva dos participantes do processo.

Consulta individual como ação para a promoção da saúde: realidade a ser superada.

O rompimento do modelo de saúde individual ainda não é realidade absoluta. Em meio a atitudes que buscam mudanças, constata-se ainda a resistência e soberania das ações curativas, associando ações de educação em saúde para promoção da saúde da pessoa idosa, com a realização de orientações na consulta individual, com ênfase na doença e na prevenção

de complicações, além do encaminhamento para serviços especializados, como demonstrado nos relatos a seguir:

“Promoção que a gente faz é só orientação e encaminhamento! Até agora nós não tivemos uma palestra específica para idoso”. (Dumah).

“Sinceridade? Não! Quando ele vem para a consulta, realmente a gente tenta ver[...]”. (Barman).

“Na verdade realiza, pois eu estou todos os dias aqui no posto para ver o controle da pressão, diabetes”. (Rahmiel).

Ressalta-se que, neste estudo, a concepção de ações predominantes na consulta clínica individual não se limitou ao médico, as outras categorias entrevistadas demonstraram a predominância do encontro no consultório ao momento coletivo, como pode ser verificado nos relatos que se seguem:

“[...] O que a gente ainda faz é a questão das orientações nas consultas de enfermagem e o paciente também tem acesso às consultas médicas, mas meramente, e nessas orientações de enfermagem, [...] então são ações no âmbito geral, não são ações direcionadas exatamente para aquele grupo”. (Adonai).

“[...] nós temos uma demanda muito grande de hipertensão e diabetes, eu como enfermeira acabo realizando ações acerca do tratamento, dos riscos que eles podem ter, se não fizerem o tratamento corretamente, mais voltado para essa parte. [...] oriento a obedecer às orientações médicas, de enfermagem, a questão do autocuidado, mas específico para outras áreas[...]”. (Baraquiuel).

Os participantes revelaram que, mesmo de forma individual, em consulta clínica os conteúdos abordados são relevantes para a saúde do indivíduo. O que se destaca é a explicitação de assuntos voltados à doença, destacando-se a preocupação com a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes, as mais prevalentes na população geriátrica; e a conotação de “obediência” que o sujeito deve ter diante das orientações do profissional que o assiste. Esse fato traduz uma educação em saúde que tem uma perspectiva ordenadora e distante da dimensão de participação ativa dos usuários do sistema de saúde, como pressupõe a promoção da saúde.

Em meio aos relatos apresentados observaram-se aqueles que demonstraram a carência de realização de ações de promoção da saúde, especificamente com e para a pessoa idosa. Destaca-se que os entrevistados tinham mais de cinco anos na ESF (a época do estudo), supondo a criação de vínculo e conhecimento da realidade local, resultando em estratégias para trabalhar a promoção da saúde.

“Onde eu trabalho, não tenho nenhuma atividade”. (Amitiel).

“Atualmente, não estamos realizando nada!”. (Michael).

“Verdadeiramente não! [...] Junto com a equipe não! Eu nunca participei de nenhuma ação para promoção da saúde. Nem com o NASF. Não tenho nenhuma experiência de ação conjunta, nenhuma!”. (Nanael).

“As coletivas, não! Muito poucas, eu acho realmente que precisa mais”. (Rahmiel).

A escassez de trabalho integrado da equipe é ponto que fragiliza a realização da promoção da saúde da pessoa idosa, levando a uma reflexão acerca da necessidade de mudança no processo de trabalho da ESF, como se verifica nas falas abaixo. Apesar de alguns profissionais admitirem a necessidade de mudança da realidade, determinados impedimentos relacionados ao processo e à gestão do trabalho, com sobreposição de áreas de atenção podem ser apontados como justificativas relevantes.

“[...] tivemos algum tempo, algumas reuniões, revendo o nosso processo de trabalho e a gente planejou encontros, e trabalhar, expandir um pouco, não só essa parte educativa, mas também essa parte individual, que na maioria das vezes é feita nas nossas consultas, mas também expandir para outros momentos que sejam encontros de salas de espera, até fazer, montar realmente, constituir um grupo específico, mas lamentavelmente isso não se tornou uma realidade, a gente ainda está no campo das ideias, a gente está tentando se reunir, se reorganizar para estabelecer”. (Kalaziel).

“Eu não me lembro! Durante esse ano não, não teve nenhuma ação. A odontologia é muito bitolada na infância, sabe? Precisa melhorar mais ainda, ter mais enfoque para todas as idades, não só para as crianças”. (Minil).

“Não! A gente tem um foco maior nas escolas. [...] Eu nunca participei de nenhuma ação com idosos! Ainda não chego aqui!”. (Rafael).

DISCUSSÃO

Estudo demonstrou que os grupos de apoio foram os mais eficientes, em relação à formação de “Grupos Educativos”, não apenas pela transmissão de conhecimentos pré-estabelecidos, mas, sobretudo, pelo maior número de temas abordados, dando oportunidade ao grupo de conhecimentos, informações, emancipação, atendendo às necessidades individuais e coletivas dos participantes. Neste estudo, não se mencionou o trabalho de Grupos de Apoio em relação à pessoa idosa como uma estratégia de ação para a promoção da saúde a esse grupo etário¹³.

Deve-se buscar fomentar a capacidade de independência dos participantes. Um ponto a pensar são as atividades de lazer, uma vez que esses momentos são importantes para os participantes, porém, os profissionais de saúde devem estimular a autonomia dos idosos, de modo que eles mesmos possam promover atividades de lazer para si, e não se tornem dependentes da equipe de saúde que os assiste. É necessário que as equipes repensem suas práticas assistenciais, sejam na USF ou em outros espaços, promovendo uma orientação que interligue a clínica, as ciências sociais e a epidemiologia¹⁴.

Além disso, é necessário repensar a cultura normativa nas abordagens na prática de educação em saúde, onde se estabelecem regras e normas centralizadas, o que deve ser feito e quais atitudes devem ser realizadas exatamente como orientadas, sendo essas repassadas de modo autoritário e vertical. A “educação” passa a ter um contexto de responsabilização do usuário pelas suas condições sanitárias e na maneira de viver¹⁵.

Entre os relatos, a sala de espera da USF, referida como espaço para ações de promoção da saúde pode ter várias configurações, ser um espaço de corredor, local de espera de consultas, em que transitam sons e diversos movimentos dinâmicos, muitas vezes, é o local mais movimentado da USF, sendo importante, na realização de quaisquer atividades, buscar focar

na atenção, para que o objetivo seja alcançado. O lugar da sala de espera pode também configurar em um espaço reservado para o trabalho em grupo e, devido à demora pelo atendimento, constituir-se em um momento para que aconteça o acolhimento, é considerado um espaço privilegiado para realização de grupos educativos, pois o grande número de pessoas, de distintas faixas etárias e perfis de saúde e que ansiosamente aguardam atendimento podem necessitar da realização dos grupos educativos, tornando proveitosos os momentos de espera e suavizando as potenciais apreensões em relação à consulta^{16,17}.

Não obstante, as atividades desenvolvidas na sala de espera devem ir além de aproveitar a demanda espontânea da USF, ademais da orientação sobre a doença, muitas vezes de forma descontextualizada, o sujeito que tem diabetes e/ou hipertensão arterial vivencia esse processo de adoecer de modo singular. O trabalho dos profissionais com os usuários nesses espaços devem ter perspectiva problematizadora, praticando a escuta ativa, estabelecendo relações que sobressaiam os encontros ao acaso. Nessa conjuntura, é necessário estabelecer relações dialógicas, produtoras de sentidos, no encontro entre os saberes distintos^{18,19}.

Considera-se que as ações de promoção da saúde ancoradas na prática de educação em saúde, devem buscar a transformação da realidade, cujos participantes desses momentos sejam coparticipantes, sendo a dialogicidade um caminho para o rompimento do modelo tradicional e hegemônico enraizado na doença, abrindo espaço para o empoderamento coletivo.

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar e efetivar a promoção da saúde, pois fortalece o desenvolvimento da responsabilidade individual e coletiva para a prevenção de agravos¹³.

Destarte, em estudo realizado com médicos, constatou-se que as ações de promoção da saúde realizadas por estes estavam voltadas para abordagem clínica, sendo a prevenção prescrita a partir de dietas e exercícios²⁰.

Mesmo com práticas consideradas emancipatórias e participativas na ESF, existem evidências de uma postura de submissão dos usuários que permanecem nos modelos de conduta e prescrições. No processo histórico das relações de cuidado, a medicina exerce um poder concentrado no diagnóstico e nas intervenções terapêuticas, cumprindo uma autoridade técnica-científica. Neste contexto, os usuários adentram o serviço em estado de dependência e de alienação, esperando respostas e soluções²¹.

Desfazer-se desse modelo, trazendo a necessidade de escuta ativa e voz ao usuário é um desafio, em qualquer ciclo de vida, mas na fase idosa é urgente, visto às necessidades dessa população para a consolidação de estratégias para a melhoria da qualidade de vida e não apenas o prolongamento da vida.

Assim, a ESF deve ter o objetivo de reorientar os serviços de saúde por meio de práticas e ações intersetoriais. Mesmo aos avanços, algumas barreiras foram construídas, como a fragmentação do processo de trabalho e fragilidade no trabalho das redes de atenção. Apesar dos documentos de gestão elaborados e vigentes resultantes do reconhecimento da necessidade de fortalecer a atenção à pessoa idosa, como a PNSPI, o Programa Nacional de Imunização, o Estatuto do Idoso, o Pacto pela Saúde, dentre outros, ainda esperam-se avanços qualitativos e quantitativos relacionados à saúde geriátrica e gerontológica na APS^{22,23}.

Ademais, os trabalhadores da APS são responsáveis por atuar nas ações de promoção da saúde, devendo romper o modelo do atendimento verticalizado, imediatista e centrado na doença, sendo a educação em saúde uma das propostas para existência desse diálogo, necessitando-se investir na gestão e na ESF, para não se correr o risco de perpetuar um modelo autoritário, medicalizado e opressor de atenção à saúde^{24,25}, salientando que a promoção da saúde da pessoa idosa enseja a inserção dessas práticas com rapidez, tendo em vista o acelerado aumento desse perfil na população.

As limitações deste estudo devem ser ressaltadas, considerando a impossibilidade de generalizações acerca dos resultados, dada a delimitação regional da

pesquisa e ao específico território de análise. Contudo, as singularidades destacadas pelos diferentes atores sociais na realidade da ESF, revelam um universo rico de possibilidades para compreender as demandas cotidianas da ESF na prática clínica da equipe em torno das vulnerabilidades sociais que envolvem esse território comunitário.

CONCLUSÃO

Os participantes relataram a ocorrência de ações de promoção da saúde de modo esporádico, não planejado, podendo resultar em ações de promoção descontínuas, com possibilidade de baixo impacto para comunidade e seu território.

As ações de promoção da saúde, ancoradas na prática de educação em saúde, devem buscar a transformação da realidade, cujos participantes desses momentos sejam coparticipantes.

A falta de integração pode resultar em cuidado desumanizado, fragmentado e centrado apenas no adoecer e não no indivíduo e família. O encontro entre os profissionais foi enfatizado como parte importante do trabalho em equipe, mas, acabava não existindo, necessitando, assim, de reflexão por parte da gestão e equipes da ESF, pois os trabalhadores

da APS são os responsáveis para atuarem nessas ações, utilizando metodologias capazes de propor o diálogo, combatendo o modelo medicalizado, ainda, preponderante nos espaços de trabalho.

A partir dessa discussão, urge a construção de uma rede de apoio à saúde da pessoa idosa, de forma compartilhada entre profissionais, gestores e comunidade, a fim de organizar os serviços para que as ações de promoção de saúde aconteçam de forma adequada, e, sobretudo, que as pessoas idosas possuam serviços qualificados em todos os níveis de assistência, atendendo as suas necessidades de cuidado.

O estudo sinaliza contribuições para a área da saúde e para a enfermagem frente à necessidade de olhar para o território de cuidado na ESF, carecendo de dispositivos que exponham seu funcionamento, questionem sua lógica e constituam campo simbólico para ressignificar práticas no cotidiano do cuidar. Assim, possibilita-se a construção de novas práticas em saúde, na perspectiva de refletir sobre outras formas de fazer e cuidar, diante do desvelamento de sofrimentos e enfrentamentos cotidianos, onde a atenção clínica reconheça esses limites e condições de vida para romper com o modo instituído de intervir sobre o território de saúde, potencializando ações de promoção de saúde na comunidade.

REFERÊNCIAS

- Schumacher AA, Puttini RF, Nojimoto T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [acesso em 26 nov. 2016];37(97):281-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200010&lng=pt
- Miguel EN. O morar contemporâneo do idoso: onde e como reside no estado de Minas Gerais [Dissertação na Internet]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2016 [acesso em 16 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/8179?show=full>
- Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília, DF: MS; 2006 [acesso em 26 nov. 2016]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19); (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>
- Oliveira TRPR, Mattioli CDP, Barcelos BJ, Horta NC, Lacerda TTB. Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jul. 2017];11(4):182-8. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876609/gga-v11n4_pt_182-188.pdf
- Bontempo APS, Alves AT, Martins GS, Jácomo RH, Malshik DC, Menezes RL. Fatores associados à síndrome da bexiga hiperativa em idosos: um estudo transversal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jul. 2017];20(4):475-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n4/1981-2256-rbagg-20-04-00474.pdf>

6. Caldeira RP, Neri AL, Batistoni SST, Cachioni M. Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jul. 2017];20(4):503-17. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt_1981-2256-rbgg-20-04-00502.pdf
7. Macinko J, Harris MJ, Phil BS. Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a Universal Health System. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [acesso em 23 nov. 2016];372(23):2177-81. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501140>
8. Rocha DG, Akerman M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014.
9. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Da Luz LA, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate* [Internet] 2014 [acesso em 26 nov. 2016];38(Esp.):69-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=pt
10. Juazeiro do Norte. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão*. Juazeiro do Norte: SMS; 2011.
11. DATASUS [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1991-. *Sistema de Informação da Atenção Básica. Indicadores*; 2014 [acesso em 26 nov. 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popce.def>
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2010.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item check list for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [acesso em 23 nov. 2016];19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966/Consolidated-criteria-for-reporting-qualitative?searchresult=1>
14. Janini JP, Bessler D, De Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 26 nov. 2016];39(105):480-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200480&lng=pt
15. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araujo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *Sanare* [Internet]. 2016 [acesso em 26 nov. 2016];15(2):87-93. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>
16. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jul. 2016];40(108):190-203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100190&lng=pt
17. Silva GGS, Pereira ER, De Oliveira JO, Kodato YM. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2013 [acesso em 23 nov. 2016];33(4):1000-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400017&lng=en&nrm=iso
18. Cardoso RR, De Brito DM, Soares CMA, Souza SM, De Matos FV, Mendes PHC. Promovendo educação em saúde na sala de espera das unidades de saúde: relato de experiência. *Rev Norte Min Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jul. 2017];5(1):97-104. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/97>
19. Zambenedetti G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. *Saúde Soc* [Internet]. 2012 [acesso em 23 nov. 2016];21(4):1075-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400024&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400024>
20. Castañeda RFG. Proceso caritas en una narrativa de enfermería: cuidando al adulto mayor. *Rev Cult Cuid* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jul. 2017];12(2):79-89. Disponível em: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/Viewer/index.jsp?file=123456789/478/Art%20No%207%20Caritas.pdf>
21. Bomfim ES, Slob EMGB, Oliveira BG, Ribeiro BS, Carmo EA, Santana MLAD, et al. Práticas educativas do enfermeiro no cotidiano na estratégia de saúde da família. *Rev Saúde Desenv* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jul. 2017];10(5):37-52. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/512>
22. Villa EA, Aranha AVS, Silva LLT, Flôr CR. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 23 nov. 2016];39(107):1044-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401044&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070365>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012 [acesso em 23 nov. 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
24. Marques JB, Villela WV. Concepção dos médicos da Atenção Primária de um município do interior do Ceará sobre saúde do idoso. *Saúde Debate* [Internet]. 2012 [acesso em 23 nov. 2016];36(93):234-42. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763011.pdf>
25. De Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 26 nov. 2016];12(1):129-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100008&lng=pt&nrm=iso

Recebido: 24/08/2017
Revisado: 06/01/2018
Aprovado: 06/02/2018